

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL**

2020/2021



TII

**REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES
DAS FORÇAS ARMADAS: GARANTIR A SUSTENTABILIDADE**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL
REPUBLICANA.**

**Luís Miguel Gomes Graça
CORONEL PILOTO AVIADOR**



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS:
GARANTIR A SUSTENTABILIDADE

COR PILAV Luís Miguel Gomes Graça

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2020/2021

Pedrouços 2021



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS:
GARANTIR A SUSTENTABILIDADE**

COR PILAV Luís Miguel Gomes Graça

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2020/2021

Orientador: CMG M António José de Jesus Neves Correia

Pedrouços 2021



Declaração de compromisso Antiplágio

Eu, Luís Miguel Gomes Graça, declaro por minha honra que o documento intitulado “Reestruturação da assistência na doença aos militares das Forças Armadas: garantir a sustentabilidade” corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida, enquanto auditor do Curso de Promoção a Oficial General 2020/2021 no Instituto Universitário Militar, e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, 7 de maio de 2021

Luís Miguel Gomes Graça
Coronel Piloto Aviador



Agradecimentos

A elaboração deste trabalho individual de investigação, sobre um tema fundamental para toda a família militar, revelou-se um desafio simultaneamente gratificante e complexo que não teria sido superado sem o apoio e contributos daqueles que importa agora salientar.

As primeiras palavras de agradecimento são dirigidas ao meu orientador, CMG M António José de Jesus Neves Correia, pelos avisados conselhos e incondicional apoio durante todas as fases da investigação e que contribuíram sobremaneira para a elaboração metódica e esclarecida deste trabalho.

Ao MAJ Vilela da Costa, pelo cuidado nas rápidas respostas sempre que foi necessário esclarecer dúvidas de Metodologia de Investigação Científica.

Um agradecimento especial a todas as entidades entrevistadas, pela sua disponibilidade, franqueza e objetividade durante os depoimentos, permitindo a recolha de dados e informações fundamentais para a investigação.

Aos auditores do Curso de Promoção a Oficial General 2020/2021 pelo permanente espírito de grupo, pela partilha de conhecimento e salutar interação que muito contribuíram para a fluidez e eficiência deste estudo.

Como pedra basilar de suporte a este trabalho, como em tudo o que concretizei profissionalmente na vida, está a minha família que, mais uma vez, tiveram a compreensão e paciência pela frequente indisponibilidade pessoal em virtude dos diversos afazeres desta investigação. Para a minha mulher, Anabela, mais um obrigado que se junta a tantos outros anteriores. Aos meus filhos, Pedro e Tomás, a constatação da satisfação em ultrapassarmos conjuntamente os obstáculos diários.



Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico e metodológico	4
2.1 Revisão da literatura e conceitos estruturantes	4
2.1.1 A Assistência na Doença aos Militares	6
2.1.2 A condição militar	7
2.1.3 A família militar	8
2.1.4 A sustentabilidade	8
2.1.5 Outros conceitos relevantes	8
2.2 Modelo de análise	8
2.3 Metodologia	9
2.4 Método	9
2.4.1 Participantes e procedimento	9
2.4.2 Instrumentos de recolha de dados	9
2.4.3 Técnicas de tratamento de dados	10
3. Situação atual da Assistência na Doença aos Militares	11
3.1 A organização	11
3.2 Os beneficiários	14
3.3 A situação financeira	15
3.4 A decisão política	19
3.5 Síntese conclusiva	21
4. Modelos de assistência na doença	23
4.1 Modelos nacionais	23
4.2 Modelos estrangeiros	32
4.2.1 Espanha	32
4.2.2 França	33
4.2.3 Estados Unidos da América	33
4.3 Síntese conclusiva	34
4.4 Resposta à Questão Central	34
5. Conclusões	36
Referências bibliográficas	40



Índice de Apêndices

Apêndice A – Corpo de conceitos	Apd A-1
Apêndice B – Modelo de análise	Apd B-1
Apêndice C – Resumo da análise das entrevistas	Apd C-1
Apêndice D – Auditorias.....	Apd D-1
Apêndice E – Plano de ação equilíbrio na ADM.....	Apd E-1
Apêndice F – Modelos de governança.....	Apd F-1
Apêndice G – Matrizes de avaliação	Apd G-1

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma do IASFA	12
Figura 2 - Relações institucionais e responsabilidades no âmbito da ADM.....	13
Figura 3 - Matriz interesse/importância versus influência dos intervenientes da ADM.....	14
Figura 4 - Evolução da execução orçamental do IASFA.....	16
Figura 5 - Financiamento da ADM.....	17
Figura 6 - Relação poder-interesse dos modelos com alteração da natureza jurídica do IASFA	26
Figura 7 - Relação poder-interesse dos modelos com autonomização da ADM.....	28
Figura 8 - Resultados gráficos da prova de adequabilidade.....	30
Figura 9 - Sequência de provas dos modelos	Apd B-2
Figura 10 - Integração dos modelos na administração do Estado e no privado	Apd F-4

Índice de Quadros

Quadro 1 - Partilha de custos na saúde militar	7
Quadro 2 - Intervenientes relacionados com a ADM	13
Quadro 3 - Beneficiários ADM	14
Quadro 4 - Tipologia de beneficiários	15
Quadro 5 - Distribuição dos beneficiários por escalão etário.....	15
Quadro 6 - Evolução das receitas cobradas do IASFA 2015-2019	15
Quadro 7 - Evolução da despesa do IASFA 2015-2019	16
Quadro 8 - Síntese das despesas da ADM em 2019	17
Quadro 9 - Síntese das receitas da ADM em 2019	17
Quadro 10 - Distribuição da dívida acumulada da ADM a 31/12/2019	18



Quadro 11 - Distribuição da dívida acumulada da ADM a 31/12/2020	18
Quadro 12 - Demonstração de sustentabilidade da ADM.....	18
Quadro 13 - Transferências do OEST para a ASC de 2010 a 2019	19
Quadro 14 - Matriz SWOT da situação atual da ADM.....	21
Quadro 15 - Prova de exequibilidade dos MG alternativos	23
Quadro 16 - MG alternativos para a prova de aceitabilidade.....	26
Quadro 17 - MG alternativos para a prova de adequabilidade.....	30
Quadro 18 - Matriz SWOT do modelo de serviço no MDN	31
Quadro 19 - Matriz SWOT do modelo de integração na ADSE	32
Quadro 20 - Modelo de análise.....	Apd B-1
Quadro 21 - Lista de entidades entrevistadas	Apd C-1
Quadro 22 - Matriz de análise temática das entrevistas.....	Apd C-3
Quadro 23 - Matriz de análise de coocorrências	Apd C-7
Quadro 24 - Modelos de governança com alteração da natureza jurídica do IASFA	Apd F-1
Quadro 25 - Modelos de governança com ADM autónoma do IASFA.....	Apd F-2
Quadro 26 - Avaliação poder-interesse dos modelos de governança com alteração da natureza jurídica do IASFA	Apd G-1
Quadro 27 - Avaliação poder-interesse dos modelos de governança com ADM autónoma do IASFA.....	Apd G-1
Quadro 28 - Avaliação do acesso à assistência na doença pelos beneficiários	Apd G-2
Quadro 29 - Avaliação do acesso à assistência na doença pelos gestores do modelo.....	Apd G-2

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Modelos nacionais alternativos para governança da ADM	23
Tabela 2 - Principais conclusões das auditorias relacionadas com a ADM	Apd D-1
Tabela 3 - Medidas propostas para o equilíbrio da ADM	Apd E-1



Resumo

A Assistência na Doença aos Militares é um subsistema público de saúde gerido pelo Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., que visa garantir aos seus beneficiários o acesso à prestação de cuidados de saúde em entidades privadas, sociais ou no Sistema de Saúde Militar. Porém, opções políticas causaram uma situação de endividamento crónico deste subsistema colocando em causa a sua viabilidade. Consequentemente, esta investigação teve por objetivo propor contributos para melhorar a sustentabilidade da Assistência na Doença aos Militares.

Através de uma metodologia de raciocínio dedutivo, assente numa estratégia qualitativa e num desenho de estudo de caso, recorreu-se à análise documental e a entrevistas a entidades com responsabilidade ou experiência na matéria e estudaram-se os modelos existentes noutros países.

Apesar de se constatar que o subfinanciamento por parte do Estado é a razão principal da insustentabilidade do atual modelo de governança da Assistência na Doença aos Militares, concluiu-se que a incorporação da gestão deste subsistema na administração direta do Estado, através de um serviço de gestão administrativa no Ministério da Defesa Nacional, permitiria ultrapassar os constrangimentos de financiamento, garantindo a sua sustentabilidade e o apoio na doença à família militar conforme as especificidades da condição militar.

Palavras-chave:

Assistência na doença; sustentabilidade; saúde militar; modelos de governança; ação social; cuidados de saúde.



Abstract

Assistance in Disease to Military is a public health subsystem, managed by the Armed Forces Social Action Institute, I.P., which aims to guarantee access to healthcare in private and social entities or in the military health system to all its beneficiaries. However, conjunctural and political options have caused a chronic indebtedness situation that jeopardizes the Assistance in Disease to Military sustainability and viability. Consequently, this research aimed to propose contributions to improve the Assistance in Disease to Military sustainability.

Through a deductive reasoning methodology, based on a qualitative strategy and a case study design, document analysis was carried out and interviews were made to entities with responsibility or experience in the matter and the existing governance models in other countries were also studied.

Although it was found that state underfunding is the main reason of the Assistance in Disease to Military current governance model unsustainability, it was concluded that its management through an administrative service of the National Defense Ministry, would overcome the actual subsystem financing constraints, while guaranteeing system sustainability and healthcare to the military family according to the military condition requirements.

Keywords:

Healthcare assistance; sustainability; military health; governance models; social assistance; healthcare.



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AP	Administração Pública
APM	Associações Profissionais de Militares
ASC	Ação Social Complementar
CCP	Código dos Contratos Públicos
CD	Conselho Diretivo
CENPSD	Conselho Estratégico Nacional do Partido Social Democrata
CM	Condição Militar
CNMSS	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CRP	Constituição da República Portuguesa
DFA	Deficiente das Forças Armadas / Deficientes das Forças Armadas
DGRDN	Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional
DSADM	Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares
EMGFA	Estado-Maior-General das Forças Armadas
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FFAA	Forças Armadas
GC	Governo Constitucional
GNR	Guarda Nacional Republicana
HFAR	Hospital das Forças Armadas
IASFA	Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P.
IGDN	Inspeção-Geral da Defesa Nacional
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
IP	Instituto Público
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LBS	Lei de Bases da Saúde
LMPQF	Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos
LQIP	Lei-Quadro dos Institutos Públicos
LSM	Lei do Serviço Militar
M€	Milhões de Euros



MDN	Ministério da Defesa Nacional / Ministro da Defesa Nacional
MEEFI	Memorando de Entendimento para a Estabilização Financeira do IASFA
MG	Modelo de Governança / Modelos de Governança
OE	Objetivo Específico / Objetivos Específicos
OEST	Orçamento do Estado
OG	Objetivo Geral
PCS	Prestadores de Cuidados de Saúde
PSP	Polícia de Segurança Pública
QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
SAD	Sistema de Assistência na Doença
SGMDN	Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPS	Subsistema Público de Saúde
SSFA	Serviços Sociais das Forças Armadas
SSM	Sistema de Saúde Militar
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
TC	Tribunal de Contas
TII	Trabalho de Investigação Individual



1. Introdução

O Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. (IASFA) é um instituto público (IP) que tem por missão garantir e promover a ação social complementar (ASC) dos seus beneficiários e gerir o sistema de Assistência na Doença aos Militares (ADM) (Decreto-Lei n.º 193/2012, 23 de agosto). Portanto, este Instituto tem “uma missão de natureza social, com impacto real na vida dos seus beneficiários – as pessoas que apoia e que constituem a Família Militar” (IASFA, 2020a, p. 5), “[...] dando respostas a situações de maior carência social e de apoio na saúde reforçando a resposta dos sistemas públicos [e] que se destina a suprir e/ou atenuar as condições exigidas pelo exercício profissional específico – a condição militar [CM]” (IASFA, 2019, p. 8).

Este tipo de apoio na saúde insere-se nos direitos e garantias complementares dos militares, tal como previstos no art.º 43.º da Lei do Serviço Militar (LSM), aprovada pela Lei n.º 174/99, de 21 de setembro, que determina que “o militar a prestar serviço efetivo, bem como os familiares a seu cargo, gozam das modalidades de assistência médica e medicamentosa em vigor nas Forças Armadas [FFAA]” e que “o Estado reconhece aos cidadãos o direito à plena reparação dos efeitos de doenças contraídas ou agravadas em função da prestação de serviço militar efetivo”. Consequentemente, o IASFA tem um universo de beneficiários com idades muito diferenciadas, desde crianças e jovens menores de idade, filhos de beneficiários titulares, aos militares nas diversas formas de prestação de serviço, até aos militares mais idosos na reforma e respetivos cônjuges (IASFA, 2020a, p. 11).

Contudo, os últimos relatórios oficiais deste Instituto apontam para uma situação financeira de natureza estrutural em que:

[...] as receitas próprias provenientes dos descontos dos beneficiários, acrescidas das receitas provenientes das transferências do orçamento do Estado [OEST] para suportar exclusivamente despesas decorrentes da aplicação da Portaria n.º 1034/2009 ^[1], não são suficientes para cobrir a totalidade da despesa inerente às responsabilidades que estão atribuídas por Lei a este subsistema público de saúde [SPS]. (IASFA, 2020a)

Ainda de acordo com o IASFA (2020a, p. 17), as dificuldades orçamentais decorrentes da acumulação de dívidas da ADM “[...] põem em causa o equilíbrio financeiro do [SPS] e

¹ Regulamenta os encargos com os acidentes de serviço e doenças profissionais, incluindo as relativas aos deficientes das FFAA (DFA).



contaminam toda a atividade do IASFA”. A gravidade da situação deste Instituto é patente na conclusão do relatório do Tribunal de Contas (TC, 2019, p. 37) ao afirmar que o “[...] IASFA se encontrava em falência técnica desde 2012 [...]” com uma dívida acumulada de 91,8 milhões de euros (M€) a 31 de dezembro de 2018 (IASFA, 2019, p. 5).

Não obstante os esforços para uma mudança estrutural da gestão do IASFA durante os últimos anos, designadamente pela “alteração de um paradigma marcadamente direcionado para uma utilização mais racional dos recursos disponíveis, de uma monitorização mais efetiva dos serviços prestados, e de uma progressiva adequação dos processos de gestão inerentes” (IASFA, 2019, p. 94), a ADM continua a ser a área que consome o maior volume de recursos financeiros daquele Instituto e a que apresenta as maiores dificuldades orçamentais (IASFA, 2020a, p. 17).

As circunstâncias complexas da situação do IASFA estão patentes no seu Plano Estratégico 2019-2021, dado que:

[...] o insuficiente enquadramento, orientação e acompanhamento ao longo de muitos anos colocaram o IASFA perante dificuldades que importa ultrapassar. Opções estruturais conjugadas com medidas de contingência de natureza conjuntural alteraram as condições que asseguravam equilíbrio ao funcionamento do Instituto. As dificuldades que o IASFA hoje enfrenta tornaram-se mais nítidas após as auditorias levadas a cabo, recentemente, pelo [TC], Inspeção-Geral de Finanças [IGF] e Inspeção-Geral da Defesa Nacional [IGDN]. (IASFA, 2020a)

Já em 2013, Carvalho considerava que:

[...] a análise da evolução da receita e da sua afetação aos fins do IASFA [...] obriga a um repensar da sua estrutura e modelo de funcionamento; é a própria questão da sustentabilidade e viabilidade do Instituto, no atual quadro político e económico, que se coloca, ou seja, a sua sobrevivência. (2013, p. 117)

Consequentemente, a presente investigação visou o estudo de contributos para a sustentabilidade da ADM, designadamente pela alteração do seu modelo de governança (MG) de modo a promover o equilíbrio entre as suas receitas e despesas.

O tema desta investigação assume especial relevância para toda a família militar, pois pretende-se contribuir com soluções que interrompam a perpetuidade das dificuldades financeiras da ADM, assegurando a continuidade da assistência na doença aos seus



beneficiários, promovendo igualmente a prossecução da missão do IASFA no âmbito da ASC.

Este Trabalho de Investigação Individual (TII) tem como objeto de estudo a sustentabilidade da ADM e encontra-se delimitado nos domínios da seguinte forma (Santos & Lima, 2019, p. 42): temporal, à atualidade (2021); espacial, em Portugal; e de conteúdo, à problemática da ADM sem prejuízo da referenciação das interações financeiras entre a ADM e a ASC.

Neste enquadramento, foi definido o seguinte Objetivo Geral (OG):

- Propor contributos para melhorar a sustentabilidade da ADM.

Foram também definidos dois Objetivos Específicos (OE):

- OE1 - Analisar a atual situação da ADM;
- OE2 - Analisar outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença.

Para responder ao OG definiu-se uma Questão Central (QC):

- Como melhorar a sustentabilidade da ADM?

Em termos de organização do estudo, o TII encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo destina-se à introdução e enquadramento do tema; o segundo descreve o contexto teórico e metodológico da investigação, incluindo a revisão da literatura e a descrição do modelo de análise; o terceiro apresenta a análise da situação atual da ADM e a resposta à Questão Derivada (QD) 1 (Quadro 20); no quarto apresentam-se os resultados da análise dos MG alternativos para a ADM e as respostas à QD2 (Quadro 20) e QC; e, no quinto conclui-se o trabalho com um breve enquadramento do tema, sumariza-se o procedimento metodológico, expõe-se a súmula dos resultados obtidos assim como os contributos para o conhecimento, as limitações de investigação e as possibilidades de futuros estudos.



2. Enquadramento teórico e metodológico

Este capítulo apresenta a revisão da literatura, os conceitos estruturantes e o modelo de análise desta investigação.

2.1 Revisão da literatura e conceitos estruturantes

As origens de um sistema de cariz assistencial aos militares remontam a 1827 com a criação do Hospital Real dos Inválidos Militares, em Runa, com o objetivo de recolher e amparar os inválidos militares (Carvalho, 2013, pp. 67-69). O apoio assistencial de saúde foi-se desenvolvendo até os três ramos das FFAA terem os seus próprios SPS² com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 585/73, de 06 de novembro, cujos custos eram financiados pelos respetivos orçamentos dos ramos (IASFA, 2020a, p. 5). À época, e da parte dos militares, era apenas exigido o pagamento de uma quota³ para os Serviços Sociais das FFAA (SSFA) (TC, 2019, p. 77).

O diploma que está na génese da criação do IASFA é o Decreto-Lei n.º 284/95, de 30 de outubro, que transforma os SSFA num instituto, agregando ainda o Cofre de Previdência das FFAA, o Lar de Veteranos Militares, o Complexo Social das FFAA e o Centro Social Médico e Educativo do Alfeite, centralizando todas as atividades de ação social numa única entidade (Carvalho, 2013, p. 84). Em 2004, no âmbito da reestruturação da Administração Pública (AP), o IASFA passou a ser um IP de acordo com a Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro (Lei-Quadro dos Institutos Públicos [LQIP]).

Em 2005, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 02 de junho, foi aprovado um conjunto de medidas para correção dos desequilíbrios das contas públicas, designadamente a reestruturação dos SPS e a sua aproximação ao regime da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE). Consequentemente, e pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, procedeu-se à criação da ADM com a unificação dos três SPS dos ramos sob a gestão do IASFA. Neste modelo, e ao nível do financiamento, os beneficiários deixaram de suportar a ASC, passando a financiar exclusivamente a ADM através de descontos⁴ no vencimento base (IASFA, 2020a, p. 5).

Em 2011, em resultado das medidas do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica (Troika, 2011), foi estabelecido o objetivo de autofinanciamento dos SPS, tornando-os independentes de transferências do

² Assistência na Doença aos Militares da Armada, Assistência na Doença aos Militares do Exército e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea.

³ Esta quota era de 0,8% sobre os vencimentos base e pensões dos beneficiários titulares.

⁴ Em 2006, desconto de 1%. Em 2007, desconto de 1,5%.



OEST a partir de 2016. Para este ajustamento, procedeu-se a uma alteração do paradigma do financiamento, com um aumento gradual das contribuições dos beneficiários da ADM⁵, cujas receitas nunca cobriram a totalidade das despesas de saúde, acompanhado da redução das transferências anuais do Estado (IASFA, 2018, pp. 12-24). Consequentemente, a ADM foi acumulando dívidas, com “um défice de financiamento significativo de cerca de 8,66 M€/ano [...] de 2010 a 2017” (APPM Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, 2020, p. 4) resultando numa dívida superior a 86 M€ a 31 dezembro de 2019 (IASFA, 2020c, p. 73). A persistência da dívida fez com que os prestadores de cuidados de saúde (PCS) começassem a cobrar juros à ADM (agravando a despesa) e a cancelar as convenções (diminuindo a oferta de serviços).

Para mitigar esta situação, os Ministérios das Finanças e da Defesa Nacional e o IASFA assinaram um Memorando de Entendimento para a Estabilização Financeira do IASFA (MEEFI), a 25 de outubro de 2019, com o objetivo de regularizar parte da dívida do regime convencionado apurada até 31 de dezembro de 2018, a efetuar por três tranches de pagamentos de 15 M€, até ao final do 1.º trimestre de 2021 (IASFA, 2020b, pp. 14-16).

No concernente ao quadro jurídico relacionado com a ADM apurou-se que a saúde, como uma condição primária para os cidadãos, está prevista na Constituição da República Portuguesa (CRP), aprovada pela Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto, que no seu art.º 64.º estipula que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover [...] através de um Serviço Nacional de Saúde [SNS] universal e geral, tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

A Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, concretiza a imposição constitucional suprarreferida, estipulando que “a sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade” (n.º 3 da Base 1) e que “o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do [SNS], e de outras instituições públicas” (n.º 4 da Base 1). Verifica-se assim que os SPS estão integrados num sistema nacional em que “a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primariamente através do SNS e de outros serviços públicos” (n.º 1 da Base 6 da LBS).

Ao nível militar, a alínea i) do art.º 2.º das Bases Gerais do Estatuto da CM, aprovadas pela Lei n.º 11/89, de 01 de junho, consagra especiais direitos e compensações aos militares, designadamente nos campos da segurança social e assistência, reforçados pelo n.º 2 do art.º

⁵ Até aos atuais 3,5% de desconto sobre o vencimento base e suplemento da CM.



15.º do mesmo diploma que prevê que “é garantido aos militares e suas famílias, de acordo com as condições legalmente estabelecidas, um sistema de assistência e proteção [...], incluindo assistência sanitária e apoio social”. Estes direitos e garantias são reforçados pelo art.º 43.º da LSM, como anteriormente mencionado.

Adicionalmente, o art.º 121.º do Estatuto dos Militares das FFAA, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio, estabelece que “aos membros do agregado familiar do militar é garantido o direito à assistência médica, medicamentosa e hospitalar e apoio social, nos termos previstos em legislação especial”. Portanto, conclui-se que os militares e seus familiares próximos são beneficiários do SNS, como todos os cidadãos portugueses (n.º 1 da Base 21 da LBS), e podem usufruir, em complemento, de um sistema específico de apoio na saúde (a ADM).

Ainda no campo jurídico, importa salientar os diplomas orgânicos do IASFA, que definem a missão, as atribuições e estrutura deste Instituto. Destes diplomas, extraem-se as seguintes competências do IASFA relacionadas com a ADM (Decreto-Lei n.º 193/2012, alterado pelo Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho):

- Assegurar a gestão do sistema de ADM;
- Assegurar a adequada gestão das receitas, designadamente as provenientes de quotizações;
- Recolher e manter permanentemente atualizada a informação sobre o universo dos beneficiários e de benefícios concedidos;
- Divulgar, anualmente, os resultados apurados, por atividade, no âmbito da gestão da ADM.

Conhecendo o modo como a ADM foi evoluindo em termos organizacionais e de financiamento, assim como o seu enquadramento jurídico, importa explicitar os elementos conceptuais relacionados com o objeto da investigação.

2.1.1 A Assistência na Doença aos Militares

A ADM visa garantir aos seus beneficiários o acesso à prestação de cuidados de saúde, complementares à assistência a que têm direito enquanto utentes do SNS, em entidades dos sectores privado ou social com as quais existam convenções ou no Sistema de Saúde Militar (SSM). A ADM concretiza-se assim pela comparticipação no pagamento dos cuidados de saúde prestados mediante reembolso direto ao beneficiário (no regime livre) ou diretamente à entidade prestadora (no regime convencionado) (Decreto-Lei n.º 193/2012).



A tipologia de beneficiários da ADM é regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 167/2005, o qual prevê a existência de quatro categorias de beneficiários (Apêndice A):

- Titulares;
- Familiares ou equiparados;
- Extraordinários;
- Associados.

No âmbito das responsabilidades financeiras pela assunção dos encargos da saúde assistencial e saúde operacional, o Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro, do Ministro da Defesa Nacional (MDN), esclareceu alguns aspetos resultantes da reforma do SSM (Despacho n.º 511/2015, 30 de dezembro de 2014), limitando o financiamento do Hospital das FFAA (HFAR) pela ADM (Quadro 1).

Quadro 1 - Partilha de custos na saúde militar

Âmbito dos cuidados de saúde	Tipo de acesso	Entidade que suporta os custos
Saúde Assistencial	Regime livre	ADM
	Regime convencionado	
	HFAR	ADM exceto os referentes a militares na efetividade de serviço
Saúde Assistencial ou Saúde Operacional	HFAR	HFAR no caso de militares na efetividade de serviço
	Unidades de Saúde tipo I, II e III	Respetivos ramos

Fonte: Adaptado a partir do Despacho n.º 1702/2019, do MDN.

2.1.2 A condição militar

A CM é um conjunto de princípios orientadores do cumprimento e exercício dos deveres, obrigações e direitos dos militares dos quadros permanentes em qualquer situação e dos restantes militares enquanto na efetividade de serviço (Lei n.º 11/89). Segundo Lopes e Loureiro:

A CM é uma realidade social e juridicamente relevante que consagra uma particular circunstância dos militares das FFAA ao colocá-los exclusivamente ao serviço da República e da comunidade nacional, pela qual, nos termos da Constituição e da lei, lhes são impostas restrições e deveres que caracterizam essa condição, assim como beneficiam dos direitos que lhe são inerentes. (2020, p. 310)

Assim, e de acordo com o quadro jurídico observado em 2.1, a ADM apresenta-se como um meio complementar para garantir a saúde assistencial dos militares, mas também como um benefício e direito dos militares e respetivos familiares no âmbito das



compensações do Estado pelas exigências especiais colocadas aos militares e consequente reconhecimento da sua especificidade face à AP.

2.1.3 A família militar

Para efeitos desta investigação, a família militar é definida como sendo constituída pelos atuais beneficiários do IASFA (2020a, p. 11) que inclui os:

- Militares dos quadros permanentes das FFAA, nas situações de ativo, reserva e reforma;
- Alunos dos estabelecimentos de ensino militar;
- Militares em regime de voluntariado ou de contrato;
- Ex-militares que se constituíram DFA;
- Deficientes civis das FFAA;
- Militarizados das FFAA;
- Familiares dos beneficiários titulares que usufruem da ADM e/ou da ASC.

2.1.4 A sustentabilidade

A conceção científica da sustentabilidade reconhece três dimensões distintas de acordo com os estudos desenvolvidos por Elkington (1994) e adoção pela International Federation of Accountants (2011, p. 8). Assim, de acordo com Oliveira, Medeiros, Terra e Quelhas (2012), a sustentabilidade de uma organização caracteriza-se por uma dimensão económica - como empreendimento viável e atraente; uma dimensão social - realizada por relações justas entre trabalhadores, parceiros e sociedade; e uma dimensão ambiental - pela interação de processos com o ambiente sem lhe causar danos permanentes. Para esta investigação, interessam as dimensões económica e social da sustentabilidade, dado que se considera que a dimensão ambiental não tem expressão na ADM. Na ótica financeira desta investigação, a análise de sustentabilidade não considera os custos operacionais associados aos diferentes MG.

2.1.5 Outros conceitos relevantes

O Apêndice A explana outros conceitos usados ao longo do texto e que são igualmente relevantes para um melhor entendimento deste estudo.

2.2 Modelo de análise

O Apêndice B expõe o modelo de análise seguido nesta investigação.



2.3 Metodologia

No âmbito dos procedimentos relativos à elaboração desta investigação, foram seguidos os preceitos previstos no Instituto Universitário Militar, nomeadamente as suas normas de execução permanente, orientações e regras de investigação científica.

No referente ao processo de raciocínio adotou-se uma abordagem dedutiva, atendendo ao plano de investigação sequencial, ao afastamento e objetividade da posição do investigador e à utilização de ferramentas de avaliação direta da confiabilidade dos resultados (Marshal, 1996, cit. por Rego, Cunha, & Meyer Jr., 2019, p. 47).

Foi escolhida uma estratégia de investigação qualitativa tendo em consideração que este estudo abordou uma realidade complexa de um modo holístico, em que estiveram vários sistemas distintos e dinâmicos em análise e que os dados foram obtidos através de documentação e entrevistas (Santos & Lima, 2019, pp. 27-29).

Relativamente ao desenho de pesquisa, optou-se pelo estudo de caso porque, para além do procedimento metodológico de “[...] recolher informação detalhada sobre uma única unidade de estudo [...]” (Santos & Lima, 2019, p. 36), tal foi acompanhado pelo confronto permanente de um modelo específico (de uma teoria) com múltiplos modelos (de várias teorias) (Freixo, 2011, cit. por Santos & Lima, 2019, p. 37).

2.4 Método

2.4.1 Participantes e procedimento

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas presencialmente, por videoconferência ou *email* a 29 entidades⁶, designadamente a responsáveis institucionais relacionados com a gestão da ADM, oficiais gerais, associações profissionais de militares (APM), especialistas da economia da saúde e representantes dos PCS (Apêndice C, Quadro 21).

Todos os entrevistados demonstraram disponibilidade para participar nesta investigação após explicação das regras do anonimato e da confidencialidade das respostas.

2.4.2 Instrumentos de recolha de dados

De acordo com Almeida et al. (1994, cit. por Santos & Lima, 2019, pp. 92-95), os principais instrumentos de recolha de dados compreenderam técnicas documentais clássicas (e.g., consulta de relatórios e legislação) e não documentais pela observação não participante (e.g., entrevistas).

⁶ Divididos por grupos com quantitativos enquadrados aproximadamente com a dimensão da amostra (6-10) de “informantes com alguma exceccionalidade” (Rego et al., 2019, p. 53).



2.4.3 Técnicas de tratamento de dados

Segundo Albarello et al. (1997, cit. por Santos & Lima, 2019, p. 113) “[...] cada investigador procura desenvolver o seu próprio método em função do seu objeto de investigação, dos seus objetivos, dos seus pressupostos teóricos ou outros fatores contingentes”. Neste enquadramento, e após a recolha dos dados de fontes documentais e da análise de conteúdo das entrevistas de acordo com as etapas referidas por Guerra (2006, cit. por Santos & Lima, 2019, pp. 122-125), optou-se pela elaboração de matrizes de análise para caracterização das temáticas, identificação de ideias-chave e coocorrências e, consequentemente, a sua relação com os indicadores dos modelos. Para a prova de aceitabilidade (Apêndice B), foram utilizadas matrizes de poder-interesse (Johnson, Scholes, & Whittington, 2008), permitindo a apreciação das dimensões e variáveis da investigação, enquanto as matrizes *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) (Wheelen & Hunger, 2012) foram utilizadas para representar as potencialidades, vulnerabilidades, oportunidades e ameaças dos modelos mais viáveis.

O Quadro 22 do Apêndice C resume as ideias-chave dos entrevistados nas temáticas mais importantes da investigação.

3. Situação atual da Assistência na Doença aos Militares

Considerando-se válidas e atuais as conclusões das últimas auditorias do TC (2019, 2020) da IGF (2018, pp. 27-30) e da IGDN (2018, pp. 49-51) ao IASFA (Apêndice D), este capítulo centra-se na análise da organização, atributos dos beneficiários, últimos dados financeiros da ADM e nas decisões políticas de modo a dar resposta à QD1.

3.1 A organização

Desde a criação do IASFA que os seus normativos legais têm vindo a ser revistos até à versão atual do Decreto-Lei n.º 193/2012. Sucintamente, o atual MG do IASFA tem as seguintes características:

- Integração na administração indireta do Estado, através do MDN⁷, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira;
- Organismo central com cobertura e jurisdição sobre todo o território nacional, com sede em Lisboa e unidades em vários pontos do continente e regiões autónomas;
- Gestão de recursos e do património de acordo com as regras da LQIP, sem qualquer especificidade ou natureza especial;
- Detenção e usufruto de património do Estado em vários pontos do território nacional;
- Atividade centrada na promoção da ASC e gestão da ADM, tendo equipamentos próprios para a prestação das respostas sociais e de serviços de saúde;
- Universo de beneficiários (ASC e ADM) composto por critérios definidos em lei;
- Integra funcionários públicos civis nos seus quadros de pessoal e dispõe de pessoal militarizado e de militares das FFAA em várias funções.

Assim, e em virtude do IASFA ser um IP sem qualquer natureza especial, constata-se que este Instituto tem de obedecer a imposições legais e regras administrativas que impedem uma total autonomia e flexibilidade na gestão dos seus recursos humanos, materiais e patrimoniais (Amaral, 2016, p. 323).

A Figura 1 representa a atual organização do IASFA, destacando-se os seguintes órgãos:

- Um conselho diretivo (CD) composto por um presidente (um oficial general) e dois vogais (civis ou militares);

⁷ O art.º 5.º da Lei Orgânica do MDN, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 183/2014, de 29 de dezembro, atribui a superintendência e a tutela do IASFA ao MDN.

- Um conselho consultivo composto pelo presidente do CD, dois representantes do MDN, um representante do Estado-Maior-General das FFAA (EMGFA) e de cada um dos ramos e um representante de cada APM legalmente constituída;
- Um fiscal único com as competências previstas na LQIP.

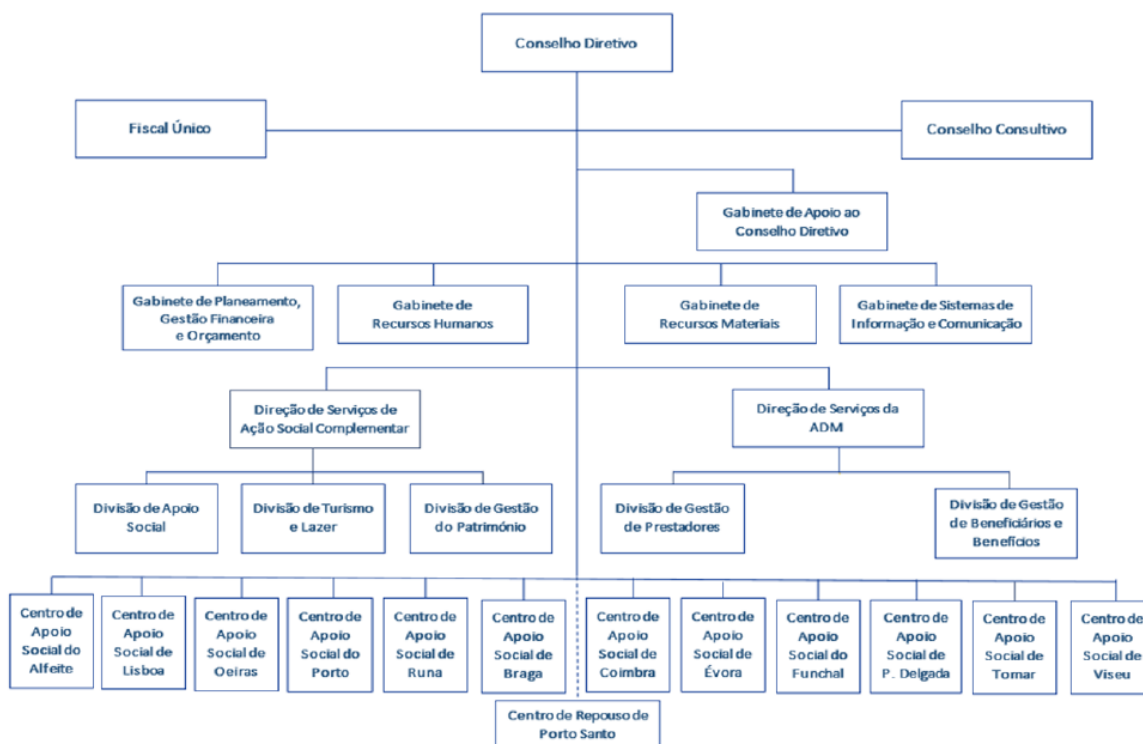


Figura 1 - Organograma do IASFA

Fonte: IASFA (2020a).

No referente à ADM, verifica-se que as suas competências de gestão estão atribuídas à Direção de Serviços da Assistência na Doença aos Militares (DSADM). Da análise do art.º 4.º do Anexo à Portaria n.º 189/2013, de 22 de maio, apura-se que as competências da DSADM são de nível operacional (e.g., processamento de faturas e instrução de processos) sem responsabilidades na gestão estratégica deste SPS. Contudo, esta direção é constituída por equipas multidisciplinares tecnicamente qualificadas (IASFA, 2020a, p. 22).

Externamente, constata-se a existência de múltiplos intervenientes com impacto na política e gestão estratégica da ADM (Figura 2).

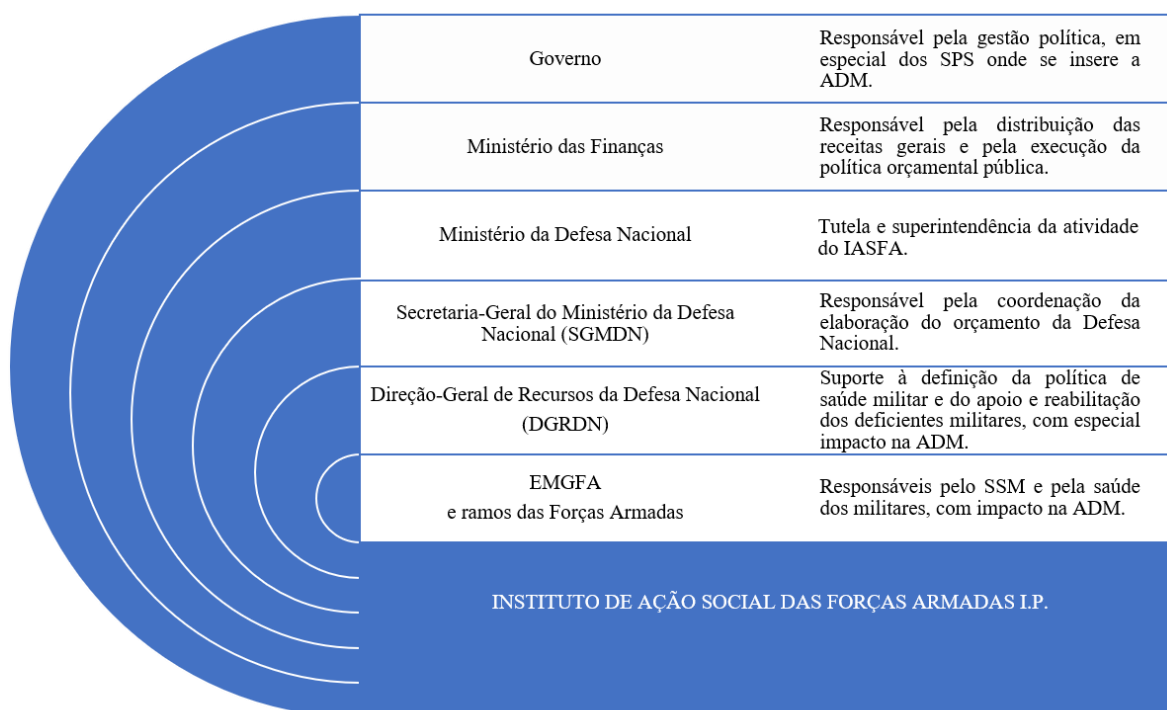


Figura 2 - Relações institucionais e responsabilidades no âmbito da ADM

Fonte: Adaptado a partir de TC (2019).

Com mais amplitude, o Quadro 2 discrimina a totalidade dos intervenientes internos e externos da ADM (IASFA, 2017, p. 8).

Quadro 2 - Intervenientes relacionados com a ADM

Intervenientes internos
<ul style="list-style-type: none"> • MDN • CD • Conselho Consultivo • Fiscal único • Dirigentes • Colaboradores
Intervenientes externos
<ul style="list-style-type: none"> • Governo (inclui Ministério das Finanças) • Ministério da Saúde • Clientes institucionais (EMGFA, ramos) • Beneficiários • APM • Fornecedores institucionais (SGMDN, DGRDN) • Outros fornecedores (SSM, rede convencionada) • Comunicação social

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2017a).

A Figura 3 representa a avaliação do interesse/importância de cada um dos intervenientes versus a sua capacidade de influência na organização da ADM, concluindo-se que o grupo constituído por – MDN, CD, dirigentes, beneficiários, EMGFA e ramos – é



o mais importante para assegurar a viabilidade e sustentabilidade do MG (IASFA, 2017a, p. 9).

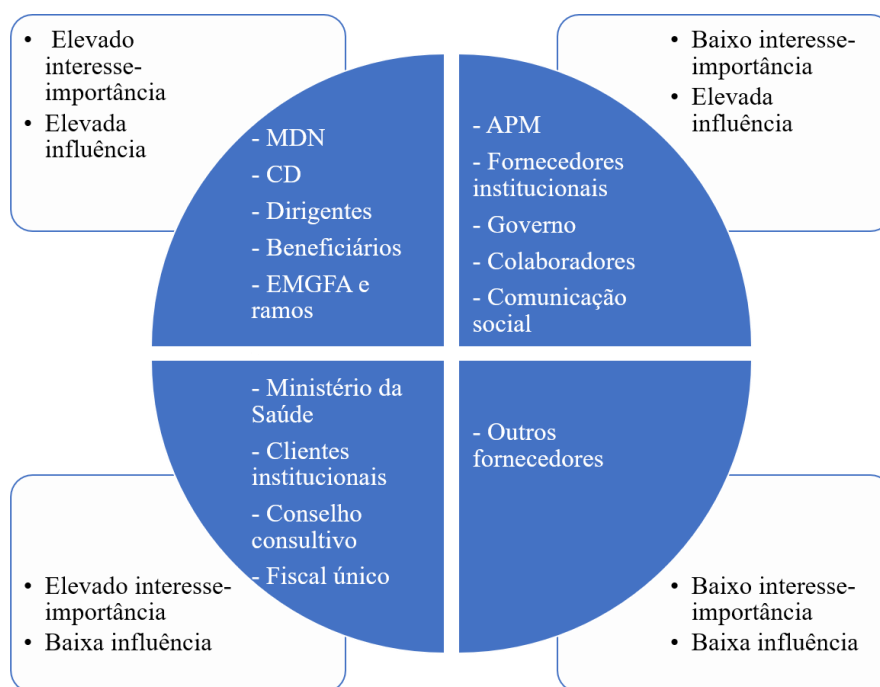


Figura 3 - Matriz interesse/importância versus influência dos intervenientes da ADM

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2017a).

3.2 Os beneficiários

Segundo o IASFA (2020c, p. 39), a 31 de dezembro de 2019, a ADM tinha 108.204 beneficiários (52% titulares e 48% familiares) (Quadro 3), constatando-se uma diminuição de contribuintes para o sistema dado que, a 31 de dezembro de 2016, existiam 119.177 beneficiários (IASFA, 2017b, p. 52).

Quadro 3 - Beneficiários ADM

	Armada		Exército		Força Aérea		Total		Total
	Familiar	Titular	Familiar	Titular	Familiar	Titular	Familiar	Titular	
Militares QP	16.272	14.446	17.197	13.992	9.030	8.037	42.499	36.475	78.974
Academias	1	332	3	311	4	164	8	807	815
Portaria n.º 1034/2009	510	670	5.048	8.325	433	617	5.991	9.612	15.603
Militarizados	1.842	1.617	190	286	0	0	2.032	1.903	3.935
Civis	0	0	5	2	0	0	5	2	7
Militares RC	38	900	312	5.461	154	1.838	504	8.199	8.703
Outros	11	0	153	0	3	0	167	0	167
Total	18.674	17.965	22.908	28.377	9.624	10.656	51.206	56.998	108.204

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Para além dos reformados constituírem 49% dos beneficiários titulares (Quadro 4), verifica-se que os beneficiários com mais de 60 anos representam 46% do universo total (Quadro 5). Consequentemente, atendendo ao aumento da esperança média de vida e ao



impacto significativo do envelhecimento nos sistemas de saúde, a par do aumento dos custos na saúde devido à evolução da tecnologia e ao leque de tratamentos disponíveis (Bricknell & Cain, 2020, p. 41), é previsível um aumento dos gastos na ADM.

Quadro 4 - Tipologia de beneficiários

	Titulares			Familiars					Total Global
	Ativo e Reserva	Reforma	Total parcial	Cônjuges ou equiparados, Extraordinários e Associados	Descendentes	Ascendentes	Outros	Total parcial	
2019	29.149	27.849	56.998	32.876	18.017	146	167	51.206	108.204
2018	30.154	28.302	58.456	33.034	18.213	186	315	51.748	110.204

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Quadro 5 – Distribuição dos beneficiários por escalão etário

Escalões etários	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	Total
2019	14.990	11.990	8.662	8.331	14.502	15.198	19.881	14.650	108.204
2018	15.413	12.194	8.971	8.458	15.057	15.764	20.144	14.203	110.204

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

3.3 A situação financeira

O IASFA dispõe de dotações orçamentais provenientes do OEST e de receitas próprias. As receitas próprias provêm da prestação de serviços, da gestão do seu património e das quotizações e descontos dos beneficiários (IASFA, 2020c, p. 64). Da análise do Quadro 6, verifica-se que a maior parte das receitas do IASFA é constituída pelos descontos obrigatórios da ADM (média de 67,1% do total da receita de 2015 a 2019).

Quadro 6 - Evolução das receitas cobradas do IASFA 2015-2019 (euros)

RECEITAS	2015		2016		2017		2018		2019	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
RECEITAS CORRENTES	63 980 577,00	91,92%	66 453 684,00	94,72%	66 757 702,35	84,83%	87 279 771,17	99,04%	104 966 226,49	118,11%
Multas e outras Penalidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Juros – Famílias	171 568,00	0,25%	161 129,47	0,23%	95 063,39	0,12%	35 230,95	0,04%	2 362,90	0,00%
Transferência MDN	5 185 750,00	7,45%	4 351 879,44	6,20%	4 893 007,00	6,22%	24 376 248,88	27,66%	39 606 586,00	44,94%
Transferência Resto do Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	70 667,09	-
Quotas IASFA I.P.	98 761,00	0,14%	77 167,65	0,11%	71 411,98	0,09%	71 921,56	0,08%	74 727,47	0,08%
Descontos ADM	49 559 310,00	71,20%	52 155 867,45	74,34%	52 759 181,79	67,12%	53 532 591,28	60,74%	54 688 297,09	62,05%
Vendas de Bens	551 702,00	0,79%	505 748,92	0,72%	554 612,46	0,71%	593 525,63	0,67%	690 601,40	0,78%
Prestação de Serviços	5 321 649,00	7,65%	5 886 197,06	8,39%	5 336 097,57	6,79%	5 947 930,96	6,75%	6 628 401,71	7,52%
Renditas de Imóveis	2 570 732,00	3,69%	2 711 916,89	3,87%	2 650 213,89	3,37%	2 439 120,78	2,77%	2 841 065,48	3,22%
Outras Receitas Correntes	521 105,00	0,75%	603 777,12	0,86%	398 114,27	0,51%	283 201,13	0,32%	363 517,35	0,41%
RECEITAS CAPITAL	5 620 559,00	8,08%	3 701 087,27	5,28%	11 849 843,25	15,07%	849 360,91	0,96%	1 048 188,42	1,19%
Amortizações de Empréstimos	1 957 269,00	2,81%	1 818 816,52	2,59%	1 060 582,63	1,35%	393 021,91	0,45%	16 414,73	0,02%
Saldo da Gestão Anterior	3 663 290,00	5,26%	1 882 270,75	2,68%	10 789 260,62	13,73%	456 339,00	0,52%	1 031 773,69	1,17%
TOTAL DA RECEITA	69 601 136,00	100,00%	70 154 771,27	100,00%	78 607 545,60	100,00%	88 129 132,08	100,00%	106 014 414,91	100,00%

Fonte: IASFA (2020c).



Da parte da despesa do IASFA (Quadro 7), no período de 2015 a 2019, destaca-se o seu aumento contínuo (de 67,7 para 105,3 M€), consequência do aumento dos encargos com a saúde (de 48,4 para 87,4 M€). Os encargos com a saúde representaram 82,9% da despesa total do IASFA em 2019 (IASFA, 2020c, p. 68).

Quadro 7 - Evolução da despesa do IASFA 2015-2019 (euros)

	2015		2016		2017		2018		2019	
Despesas com o Pessoal	9 419 241	13,91%	9 018 265	15,34%	9 042 091	11,58%	9 149 864	10,48%	9 807 936	9,32%
Encargos com a Saúde	48 438 433	71,53%	41 851 713	71,21%	60 018 989	76,84%	69 627 883	79,77%	87 357 336	82,99%
Aquisição de Bens	2 348 611	3,47%	1 882 608	3,20%	2 102 920	2,69%	1 867 567	2,14%	1 885 720	1,79%
Aquisição de Serviços Correntes	3 914 283	5,78%	4 142 681	7,05%	5 308 845	6,80%	4 648 271	5,33%	4 905 663	4,66%
Juro e Outros Encargos							27 590	0,03%	3 984	0,00%
Transf. Correntes	1 254 460	1,85%	926 181	1,58%	972 070	1,24%	836 137	0,96%	107 686	0,10%
Subsídios									683 023	0,65%
Outras Despesas Correntes	41 076	0,06%	89 406	0,15%	43 992	0,06%	15 341	0,02%	39 039	0,04%
Aquisição de Bens de Capital	249 857	0,37%	814 462	1,39%	624 244	0,80%	1 108 025	1,27%	467 875	0,44%
Ativos Financeiros	2 049 691	3,03%	47 800	0,08%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	67 715 651	100,00%	58 773 114	100,00%	78 113 152	100,00%	87 280 677	100,00%	105 258 263	100,00%

Fonte: IASFA (2020c).

Do ponto de vista orçamental, o IASFA aparenta ter resultados positivos desde 2015 (Figura 4). Contudo, estes resultados não correspondem à real situação financeira do Instituto dado que os montantes relativos aos pagamentos em atraso no final de cada ano não estão refletidos nas contas do IASFA. Efetivamente, as declarações de pagamentos em atraso do IASFA demonstram uma evolução crescente dos pagamentos em atraso que, no final de 2017, 2018 e 2019, ascendiam a 58,3 (2020e), 71,8 (2020f) e 87,1 M€ (2020g), respetivamente.

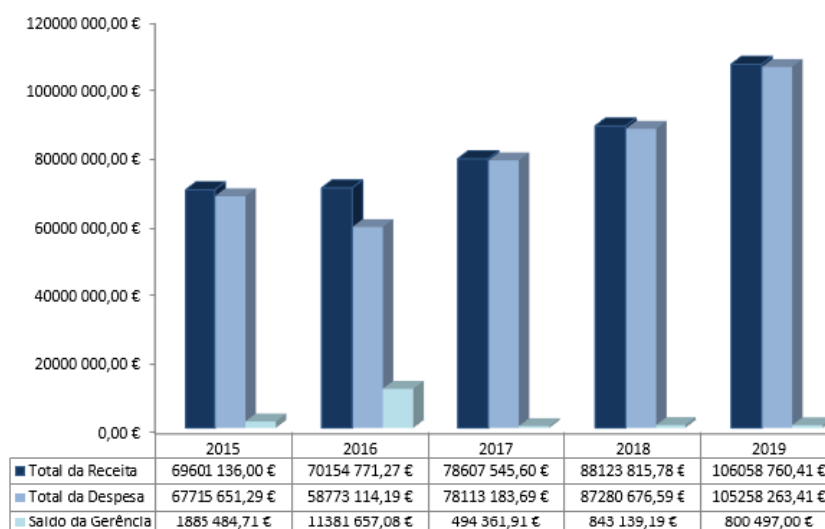


Figura 4 - Evolução da execução orçamental do IASFA (euros)

Fonte: IASFA (2020c).

No referente ao financiamento da ADM, no período de 2015 a 2019, verifica-se que também assenta sobretudo nos descontos obrigatórios dos beneficiários (média de 72,4% das receitas) e nas transferências anuais de 20 M€ do Estado destinadas a cobrir parte das despesas decorrentes da Portaria n.º 1034/2009 (Figura 5). No resultado das despesas e receitas da ADM em 2019 (Quadros 8 e 9), apura-se um défice superior a 2,2 M€. Contudo, se não forem consideradas as receitas extraordinárias (MEEFI e transferência adicional do OEST) o défice anual deste SPS é de 17,8 M€.

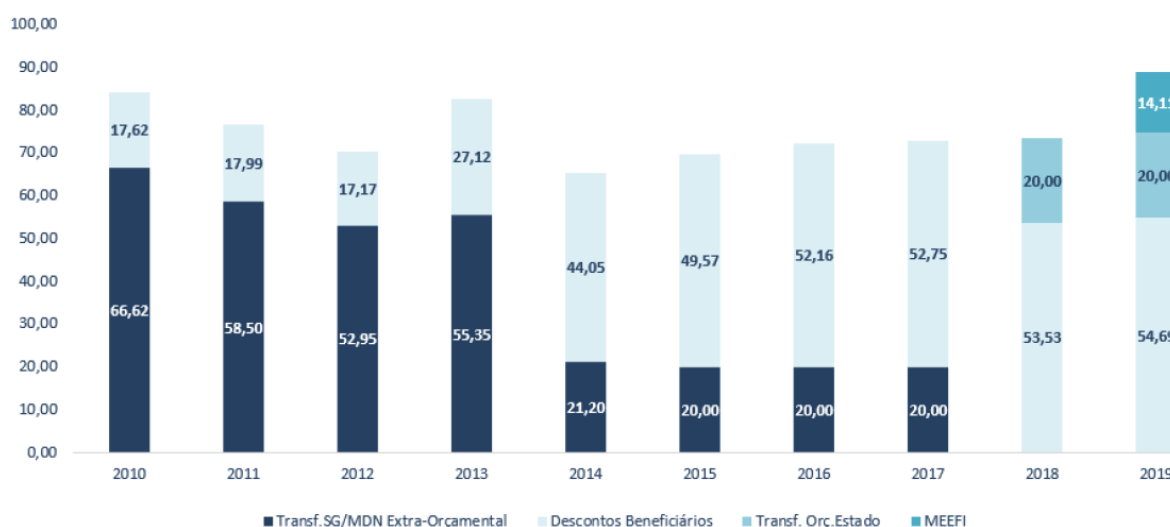


Figura 5 - Financiamento da ADM

Fonte: IASFA (2020c).

Quadro 8 - Síntese das despesas da ADM em 2019

Despesas	Valor final (M€)
Despesas diretas	88,255
Despesas de pessoal	1,673
Despesas de suporte	0,308
Provisão	2,084
Despesas de amortização	0,171
Total das despesas	92,491

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Quadro 9 - Síntese das receitas da ADM em 2019

Receita	Valor final (M€)
Transferências do OEST	21,398
Transferências OEST para MEEFI	14,110
Descontos	54,712
Défice anual	2,271
Total da receita	90,220

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Os Quadros 10 e 11, apresentam a distribuição das dívidas da ADM no final de 2019 e 2020, respetivamente, verificando-se que as dívidas aos PCS do regime convencionado são as de maior montante e que as dívidas decorrentes da Portaria n.º 1034/2009 representam



17,2% e 19,6% do total respectivo de cada ano. De acordo com a DSADM (*email*, 29 de abril de 2021) o tempo médio de pagamento aos PCS é de um ano, enquanto o reembolso dos beneficiários é de 45 dias.

Quadro 10 - Distribuição da dívida acumulada da ADM a 31/12/2019

Sector	Dívidas vencidas não pagas Portaria n.º 1034/2009 (€)	Dívidas vencidas não pagas Não DFA (€)	Total da dívida não paga (€)
Convencionados	11.172.969,05	51.384.700,11	62.557.669,16
Instituições militares	1.458.460,68	13.837.928,31	15.296.388,99
Farmácias	2.238.907,81	485.429,51	2.724.337,32
Regime livre	107.426,04	6.230.147,59	6.337.573,63
Total	14.977.763,58	71.938.205,52	86.915.969,10

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Quadro 11 - Distribuição da dívida acumulada da ADM a 31/12/2020

Sector	Dívidas vencidas não pagas Portaria n.º 1034/2009 (€)	Dívidas vencidas não pagas Não DFA (€)	Total da dívida não paga (€)
Convencionados	11.337.392,61	41.325.969,43	52.663.362,04
Instituições militares	1.626.202,73	16.422.756,65	18.048.959,38
LMPQF	1.903.691,57	---	1.903.691,57
Regime livre	168.383,23	3.595.149,72	3.763.532,95
Total	15.035.670,14	61.343.875,80	76.379.545,94

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020d).

Quadro 12 - Demonstração de sustentabilidade da ADM

	2019 (M€)	2020 (M€)
Despesa direta da ADM	88,3	86,5
Despesas com a Portaria n.º 1034/2009	29	26,4
Despesas com militares na efetividade de serviço (regimes livre e convencionado)	9,2	6,1
Despesa corrigida da ADM	50,1	54
Descontos dos beneficiários	54,7	55,5
Resultado	+4,6	+1,5

Fonte: Adaptado a partir de dados da DSADM (*email*, 23 de fevereiro de 2020).

Apesar do exposto, verificou-se que a ADM teria excedentes financeiros se as recomendações das auditorias do TC (2019, 2020) (Apêndice D) fossem implementadas. Conforme demonstrado no Quadro 12, se a ADM não suportasse os encargos da Portaria n.º 1034/2009 e as despesas dos militares na efetividade de serviço nos regimes livre e convencionado, a despesa deste SPS seria corrigida de 88,3 para 50,1 M€ em 2019 e de 86,5 para 54 M€ em 2020, obtendo-se excedentes orçamentais de 4,6 e 1,5 M€ nestes exercícios anuais. Adicionalmente, a receita dos descontos dos beneficiários é afetada pela política social (não participada) do Estado dado que os descontos são efetuados a partir de uma

vez e meia da retribuição mínima mensal garantida⁸. Segundo a DSADM (*email*, 29 de abril de 2021), 41% dos beneficiários estão isentos de descontos apesar de serem responsáveis por cerca de 45% da despesa da ADM.

Em 2019, o IASFA implementou o Plano de Ação para o Equilíbrio Financeiro da ADM (Apêndice E) com 22 medidas baseadas nas recomendações das auditorias externas do TC com o objetivo de reequilibrar as suas contas. Porém, a concretização deste plano está dependente “[...] da mobilização dos meios financeiros indispensáveis e do envolvimento de todos os intervenientes” (IASFA, 2020b, p. 4). De acordo com o IASFA, este plano teve um grau de execução de 25% em 2019 (2020c, p. 91), o que remete esta investigação para o papel dos intervenientes ao nível político.

3.4 A decisão política

A quota para a ASC deixou de ser cobrada desde 2006 na sequência de um compromisso político da tutela em assegurar este financiamento através de transferências do OEST (TC, 2019, p. 23). Porém, a partir de 2011, os valores destas transferências sofreram uma redução contínua (Quadro 13). Consequentemente, os montantes das transferências do OEST para o IASFA não têm sido suficientes para financiar a ASC e a política social do Estado (e.g., isenções de descontos) implicando o recurso pontual às verbas da ADM (TC, 2019).

Quadro 13 - Transferências do OEST para a ASC de 2010 a 2019

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
M€	10,237	8,312	6,459	7,812	5,191	5,185	4,337	4,893	4,376	4,098
Diferencial	100%	19%	37%	24%	49%	49%	58%	52%	57%	60%

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020c).

Acresce que os descontos da ADM são utilizados para suportar os custos de saúde relacionados com a prontidão de militares na efetividade de serviço (não obstante o Despacho n.º 1702/2019 do MDN), acidentes de serviço, doenças profissionais e as obrigações do Estado perante os DFA (e seus familiares) apesar das recomendações do TC (2019, pp. 11-23) e das propostas do plano do IASFA (2020b, pp. 12-20) para a revisão da legislação de modo que estes encargos sejam suportados pelo OEST.

Outro aspeto relevante, ocorreu com a aplicação do memorando da Troika em 2011. Apesar deste documento não colocar de parte os contributos orçamentais patronais (Troika, 2011, p. 21), as medidas tendentes ao autofinanciamento dos SPS foram aplicadas uniformemente (na ADM, ADSE e nos sistemas de assistência na doença [SAD] da Polícia

⁸ Na ADSE, os descontos são efetuados a partir da retribuição mínima mensal garantida (665 € em 2021).



de Segurança Pública [PSP] e Guarda Nacional Republicana [GNR]) sem atender às particularidades do IASFA (e.g., competências na área social) e às especificidades da CM consagradas em diplomas de valor reforçado.

Para esta investigação, importa igualmente examinar a interpretação do art.º 16.º do Decreto-Lei n.º 193/2012, que determina que a “[...] prestação de cuidados de saúde previstos em diploma próprio, na parte excedente ao pagamento devido pelo beneficiário, é da responsabilidade exclusiva do Estado Português”. Até 2018, e fundamentado no entendimento literal desta norma, o IASFA assumiu que as dívidas da ADM seriam financiadas pelo Estado (i.e., pela SGMDN). Porém, um parecer da SGMDN de 2017 (reforçado, em 2018, por um parecer homologado pelo MDN) refuta a interpretação do IASFA considerando que a referência ao Estado Português nesta norma deveria ser entendida como “[...] as entidades públicas diretamente responsáveis pela gestão da ADM que, no caso, é o IASFA” (IGF, 2018, pp. 20-21). Não obstante a consequente desresponsabilização pelas dívidas da ADM por parte da tutela, o sentido deste parecer é contrariado posteriormente pela assinatura do MEEFI. Nesta matéria, Gouveia (2007, p. 786), refere que o exercício do poder de tutela prevê a intervenção tutelar sempre que seja necessário assegurar a gestão correta no respeito pela lei, incluindo, segundo Amaral (2016, p. 734), a tutela substitutiva assegurando que sejam adotadas as soluções convenientes e oportunas para a prossecução do interesse público. Neste âmbito, e segundo N. Bernardes (entrevista por *email*, 21 de novembro de 2020), o MDN, ao não assumir as responsabilidades pecuniárias do Estado, não cumpriu o n.º 1 do art.º 3.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA) (Decreto-Lei n.º 4/2015, de 07 de janeiro), que determina que “os órgãos da [AP] devem atuar em obediência à lei e ao direito dentro dos limites dos poderes que lhes forem conferidos e em conformidade com os respetivos fins”, e ofendeu o princípio da prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses do cidadão, do art.º 4.º do CPA, que refere que “compete aos órgãos da [AP] prosseguir o interesse público no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Acresce que, de acordo com V. Hilário (entrevista por *email*, 09 de abril de 2021), em 2019, a Plataforma do SSM (criada pelo Despacho n.º 9490/2018, de 11 de outubro) apresentou um conjunto de propostas na sequência dos resultados da auditoria do TC, incluindo o projeto de alteração do regime jurídico da ADM, a revogação da Portaria n.º 1395/2007, de 25 de outubro (que regulamenta a assistência na doença aos militares



colocados no estrangeiro e aos respectivos familiares) e da Portaria n.º 1034/2009. Contudo, até à data de conclusão desta investigação, os responsáveis políticos não consumaram qualquer um destes processos.

Por último, e como patente na Figura 5, em 2019, verificou-se que o Estado transferiu para o IASFA menos 0,9 M€ do que o previsto no MEEFI. Em 2020, de acordo com F. Serafino (entrevista presencial, 17 de fevereiro de 2021), a transferência foi de 6 M€, ou seja, menos 9 M€ do que o previsto no memorando, o que revela incapacidade ou indiferença dos responsáveis políticos pelo cumprimento de compromissos com o IASFA e consequente salvaguarda dos interesses deste Instituto e dos militares.

3.5 Síntese conclusiva

Da análise efetuada, extraiu-se a matriz SWOT da ADM (Quadro 14).

Quadro 14 - Matriz SWOT da situação atual da ADM

Ambiente Interno	
Potencialidades	Vulnerabilidades
<ul style="list-style-type: none">- Universo de beneficiários (família militar);- Tradição assistencial na saúde;- Rede convencionada em complemento ao SNS;- Regime análogo aos dos restantes SPS;- Liderança motivada;- Recursos humanos qualificados.	<ul style="list-style-type: none">- Modelo desequilibrado de financiamento;- Acumulação de dívida;- Gestão com autonomia e flexibilidade limitadas;- Financiamento de responsabilidades do Estado (e.g., encargos com DFA).
Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">- Concretização das medidas do plano de ação para o equilíbrio da ADM pelas entidades externas;- Cumprimento do MEEFI;- Acesso a outras fontes de financiamento;- Adotar novo MG.	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades financeiras do Estado;- Condicionaisismos dos intervenientes;- Rescisão de acordos por entidades convencionadas;- Desvalorização da CM;- Incumprimento de compromissos pelo Estado;- Interpretações circunstanciais da legislação;- Aumento dos encargos com a saúde.

Pelo exposto, e em resposta à QD1, *Qual é a situação atual da ADM?* concluiu-se que:

- A ADM é gerida pelo IASFA, um IP integrado na administração indireta do Estado sob a tutela do MDN, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, sem qualquer especificidade ou natureza especial;

- Os intervenientes mais relevantes para a sustentabilidade do MG da ADM são o MDN, CD, dirigentes, beneficiários, EMGFA e ramos;

- Há uma tendência de diminuição e envelhecimento dos beneficiários, prevendo-se o aumento dos encargos com a saúde;

- Mantém-se uma situação de insustentabilidade financeira com as receitas (provenientes maioritariamente dos descontos dos beneficiários) a não cobrirem a totalidade das despesas com consequente acumulação de dívidas;



- A ADM suporta encargos que deveriam ser financiados por verbas do OEST, designadamente a política social do Estado e as despesas de saúde relacionadas com os DFA, acidentes de serviço, doenças profissionais e prontidão dos militares na efetividade de serviço;
- A ADM seria sustentável financeiramente se fossem implementadas as recomendações das auditorias do TC;
- A imposição política do autofinanciamento aos SPS não atendeu às competências adicionais do IASFA na área social assim como às especificidades da CM;
- A gestão da ADM está exposta à falta de intervenção tutelar e a quebras de compromissos por parte dos responsáveis políticos.



4. Modelos de assistência na doença

Neste capítulo analisam-se outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença de modo a dar resposta à QD2 e à QC.

4.1 Modelos nacionais

A Tabela 1 discrimina os MG nacionais alternativos para a ADM tal como apurados pela análise documental e entrevistas efetuadas. O Apêndice F contém a caracterização dos modelos.

Tabela 1 - Modelos nacionais alternativos para governança da ADM

Alteração da natureza jurídica do IASFA (ADM e ASC sob a mesma gestão)
Associação mutualista
Entidade pública empresarial (EPE)
IP de regime especial e gestão partilhada
MG com autonomização da ADM
Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública
Entidade privada de gestão de seguros
Integração da ADM na ADSE
Serviço de gestão administrativa no MDN
Serviço personalizado dedicado à ADM
Serviço próprio em cada ramo
Serviço próprio no EMGFA

Em conformidade com o modelo de análise de investigação, as alternativas de governança foram sujeitas à prova de exequibilidade (Ribeiro, 2009, p. 192), de acordo com os respetivos indicadores, cujos resultados estão expostos no Quadro 15.

Quadro 15 - Prova de exequibilidade dos MG alternativos

		Legalidade	Sustentabilidade financeira
Alteração da natureza jurídica do IASFA	Associação mutualista	Sim	Sim
	EPE	Sim	Sim
	IP de regime especial e gestão partilhada	Sim	Não
MG com autonomização da ADM	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	Sim	Sim
	Entidade privada de gestão de seguros	Sim	Sim
	Integração da ADM na ADSE	Sim	Sim
	Serviço personalizado dedicado à ADM	Não	Não
	Serviço de gestão administrativa no MDN	Sim	Sim
	Serviço próprio em cada ramo	Sim	Não
	Serviço próprio no EMGFA	Sim	Não



No referente à legalidade dos MG, apurou-se que:

- A associação mutualista está prevista no Decreto-Lei n.º 59/2018, de 02 de agosto, que aprovou o Código das Associações Mutualistas;

- O art.º 56.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro, estipula que as pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, são EPE e integram-se na administração estadual indireta pública (Dias & Oliveira, 2011, pp. 70-71);

- De acordo com Amaral (2016, pp. 313-316), um IP de regime especial e gestão partilhada, como é atualmente o caso da ADSE, é uma espécie de IP integrado na administração estadual indireta pública (n.º 1 e n.º 2 do art.º 3.º da LQIP);

- A associação privada é regulada pelos artigos 167.º a 184.º do Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, podendo obter o reconhecimento de utilidade pública pelo Decreto-Lei n.º 460/77, de 07 de novembro;

- O acesso e exercício da atividade seguradora são regulados pela Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro, em conjunto com o regime jurídico do contrato de seguro (Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril), que estabelece os regimes de prestações convencionadas ou sistema de assistência no âmbito do acesso a cuidados de saúde;

- O Governo pode integrar a ADM na ADSE atendendo às suas competências legislativas e administrativas (art.ºs 198.º e 199.º da CRP);

- De acordo com o art.º 9.º das Bases da Contabilidade Pública (Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro), os serviços com autonomia administrativa e financeira têm de dispor de património próprio. Consequentemente, e nos atuais constrangimentos financeiros, considera-se não ser possível constituir ativos (bens próprios) para um serviço personalizado (i.e., um IP) dedicado à ADM sem prejuízo dos próprios ativos do IASFA;

- Segundo Amaral (2016, pp. 267-268), os serviços de gestão administrativa são serviços da administração central do Estado, integrados num ministério, que desempenham funções administrativas de gestão. Do mesmo modo, e também na administração direta do Estado, podem ser integrados serviços próprios no EMGFA ou nos ramos para gestão dos respetivos subsistemas de doença por alteração das respetivas leis orgânicas, conforme competências legislativas e administrativas do Governo (art.ºs 198.º e 199.º da CRP).

No referente à sustentabilidade dos MG, com o pressuposto que a atual dívida da ADM é assumida pelo Estado, fundamentam-se os resultados pelo seguinte:

- O direito privado (liberdade contratual prevista no art.º 405.º do Código Civil) permite que a associação mutualista, EPE ou associação privada regulem as atividades de



assistência à doença com vista à sua sustentabilidade nomeadamente pela atuação do lado da receita (ajustamento variável das contribuições dos beneficiários de acordo com os resultados dos exercícios anuais) ou do lado da despesa (revisão das coberturas);

- Apesar das ferramentas adicionais ao dispor da gestão de um IP de regime especial e gestão partilhada (e.g., componente empresarial para gestão de equipamentos), considerou-se que não são suficientes para fazer face ao aumento dos custos da ADM, mantendo a sustentabilidade financeira dependente de transferências do OEST, não constituindo assim qualquer alteração ao modelo de financiamento atual. Entendeu-se que o mesmo raciocínio é aplicável ao serviço personalizado dedicado à ADM que, como IP exclusivo para a ADM, padeceria dos mesmos constrangimentos financeiros;

- A contratualização de um seguro de saúde é uma opção individual com coberturas ajustáveis às necessidades e aos rendimentos do segurado, sem custos para o Estado. Conforme referido por O. Gaspar (entrevista por *email*, 18 de fevereiro de 2021) “as seguradoras [...] pela regulação exercida pela Autoridade de Supervisão de Seguros têm que se reger por obrigações claras [pelo que] a sua sustentabilidade financeira é um dado para os diferentes *stakeholders*”;

- A integração da ADM na ADSE teria condições de sustentabilidade atendendo à consolidação dos excedentes financeiros deste último SPS. Segundo a ADSE (2020, p. 41), em 2019, este SPS teve um saldo de caixa excedente de 50 M€ (2020, p. 10), um aumento de proveitos de 3,6%, um crescimento de descontos dos beneficiários de 1,3% (total de 614 M€) e uma redução de custos de 4,7% face a 2018;

- Considerou-se que o serviço de gestão administrativa no MDN permite clarificar a aplicação do art.º 16.º do Decreto-Lei n.º 193/2012, ficando este Ministério como a entidade pública diretamente responsável pela gestão da ADM. Consequentemente, para evitar o endividamento da ADM e garantir a sua sustentabilidade, entende-se que estaria facilitado o processo de injeção de receitas extraordinárias no sistema;

- Da análise das entrevistas e dos instrumentos de gestão disponíveis do EMGFA (2020) e ramos (Marinha, 2019; Exército, 2021; Força Aérea, 2020), concluiu-se que estas entidades não têm excedentes financeiros que possam colmatar os défices da ADM, colocando-os dependentes de transferências do OEST, num cenário em que seriam responsabilizados pelo pagamento dessas dívidas.

Consequentemente, passaram à prova de aceitabilidade (Ribeiro, 2009, p. 194) os MG alternativos para a ADM que não tiveram indicadores negativos na prova de exequibilidade (Quadro 16).

Quadro 16 - MG alternativos para a prova de aceitabilidade

Alteração da natureza jurídica do IASFA	Associação mutualista
	EPE
MG com autonomização da ADM	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública
	Entidade privada de gestão de seguros
	Integração da ADM na ADSE
	Serviço de gestão administrativa no MDN

Para operacionalização da prova de aceitabilidade, sintetizou-se a análise interpretativa (Santos & Lima, 2019, p. 125) da informação das entrevistas e da documentação em matrizes de poder-interesse (Johnson, Scholes, & Whittington, 2008) com critérios indexados aos indicadores da investigação (Quadros 26 e 27 do Apêndice G). Desta forma, foi possível avaliar a aceitabilidade individual das variáveis, mas também o posicionamento relativo de grupo de modo a avaliar o contexto da sustentabilidade social tendo em vista a plausibilidade da implementação dos modelos.

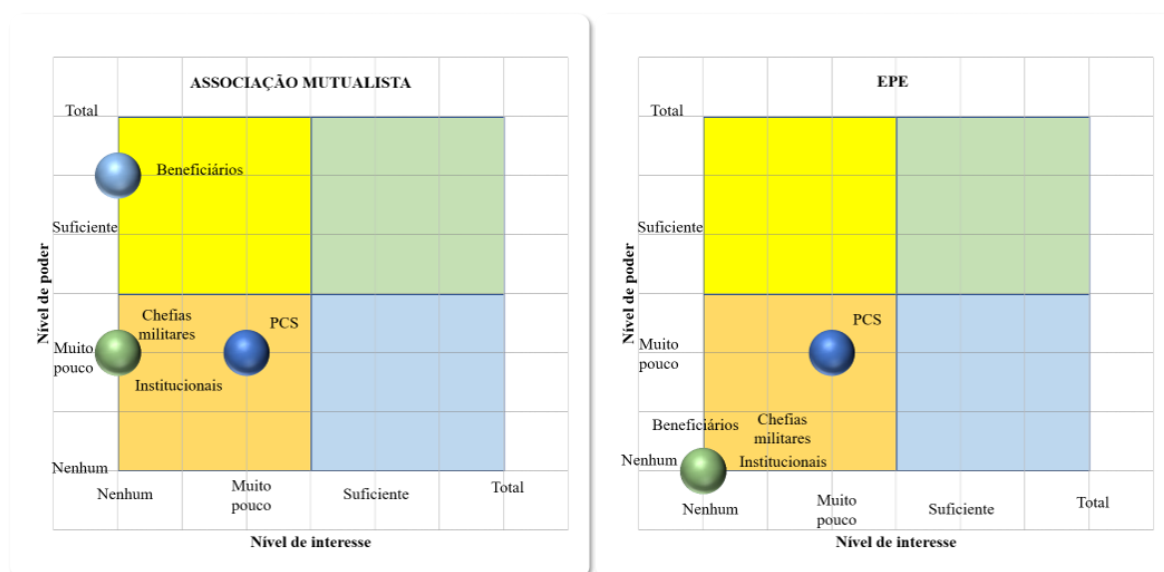


Figura 6 - Relação poder-interesse dos modelos com alteração da natureza jurídica do IASFA

A Figura 6 apresenta os resultados aferidos para os MG com alteração da natureza jurídica do IASFA, permitindo identificar o baixo interesse (aceitabilidade) destes modelos por parte dos intervenientes das variáveis. Esta baixa aceitabilidade explica-se pelos seguintes fatores:

- Na documentação institucional (e.g., programa do governo; planos estratégicos; planos de atividades, etc.) não foi encontrado qualquer indicador relacionado com estes



modelos. Ao nível institucional, os pareceres dos entrevistados podem ser resumidos pelas palavras de R. Matias (entrevista por *email*, 15 de fevereiro de 2021) que defende que “a [ADM] é uma responsabilidade do Estado” não concordando com modelos que tenham “como consequência a desresponsabilização do Estado e das chefias militares sobre o direito dos militares e famílias à [ADM] em condições especiais por discriminação positiva”;

- Os beneficiários, avaliados através das posições das APM, não privilegiam qualquer mudança da ADM para fora da esfera pública e da Defesa;

- O parecer de L. Pinto (entrevista por videoconferência, 19 de fevereiro de 2021) condensa o ponto de vista das chefias militares, ao referir que “não concordo com qualquer dessas soluções. O IASFA e a ADM são encargos do Estado e devem receber contributos dos militares e do Estado”;

- Os PCS, apesar de não excluírem modelos de iniciativa privada, demonstraram menor confiança em sistemas sem a salvaguarda da resposta pública.

O posicionamento maioritário dos intervenientes das variáveis no quadrante de “esforço mínimo” (canto inferior-esquerdo) das matrizes de poder-interesse, permite inferir que as condições sociais para a implementação destes MG são débeis (Johnson, Scholes, & Whittington, 2008).

A Figura 7 sintetiza os resultados obtidos nos MG com autonomização da ADM, permitindo identificar dois universos distintos: o da associação privada e seguros (baixa aceitabilidade) e o da integração da ADM na ADSE e serviço no MDN (com aceitabilidade média).

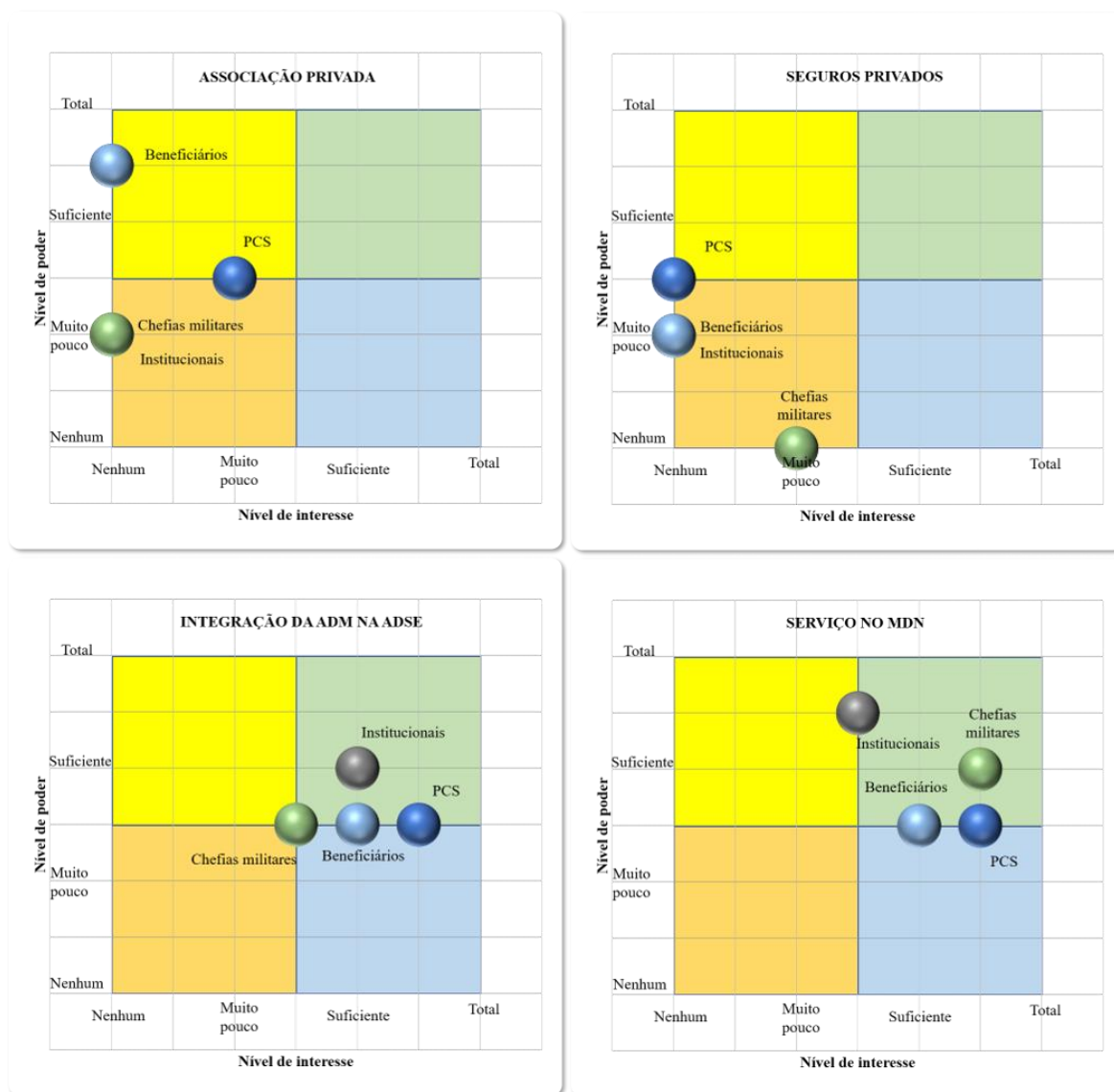


Figura 7 – Relação poder-interesse dos modelos com autonomização da ADM

Os resultados obtidos neste âmbito fundamentam-se pelo seguinte:

- Associação privada: tem uma avaliação semelhante à alteração da natureza jurídica do IASFA de direito privado pelo facto do seu conceito de gestão ser igual, padecendo ainda das dúvidas referidas por P. Barros (entrevista por *email*, 12 de fevereiro de 2021), sobre a “dimensão crítica mínima para funcionar de forma eficiente para diversificação de risco [...] e a capacidade técnica e política para se conseguir definir que pagamento da componente social deverá ser assumida pelo sector público”;
- Seguros: constatou-se um consenso de posições que, conforme referido por J. Monteiro (entrevista por videoconferência, 18 de fevereiro de 2021), considera que esta opção deve ser individual, voluntária e em complemento aos regimes livre e convencionado da ADM e não em substituição destes regimes;

- ADSE: Apesar do programa do XXI Governo Constitucional (GC, 2015, p. 53) ter a medida de manter “[...] a [ADM] como subsistema autónomo”, o programa do XXII GC (2019) nada refere neste âmbito. Verificou-se, contudo, um alinhamento de pareceres dos entrevistados admitindo a integração da ADM na ADSE, quer por se considerar como a única opção viável de alteração do modelo da ADM, como indicado por F. Serafino (*op. cit.*), ou se constatar uma maior disponibilidade de PCS naquele sistema, como referido por J. Pinheiro (entrevista por videoconferência, 26 de fevereiro de 2021). Considera-se que o reconhecimento da ADSE como um sistema atualmente mais vantajoso para os beneficiários permitiu compensar a sua indiferenciação em termos de especificidade da CM. Contudo, e segundo S. Portela (entrevista por videoconferência, 22 de fevereiro de 2021) a integração na ADSE implicaria a aplicação das regras deste SPS aos atuais beneficiários da ADM. Consequentemente, a ADSE apenas suportaria os custos decorrentes da assistência na saúde de acordo com a mesma tipologia de beneficiários (sem beneficiários associados ou extraordinários). Adicionalmente, este modelo implicaria a realocação de alguns encargos atuais da ADM (e.g., DFA, despesas de saúde com acidentes de serviço, doenças profissionais ou missões no estrangeiro), por exemplo, através da autonomização orgânica da gestão como proposto pelo TC para os DFA (2019, p. 54). Acresce que, de acordo com P. Barros (*op. cit.*) “a ADSE tem excedente [financeiro] atual, mas a evolução demográfica da [AP] poderá, em menos de uma década, inverter essa situação e levar a uma revisão das contribuições e/ou das coberturas”. Numa situação limite de insustentabilidade, considera-se que, do ponto de vista político, seria plausível a substituição integral da ADSE pelo acesso único ao SNS.

- Serviço no MDN: Este modelo reuniu vários fatores favoráveis nomeadamente por se considerar uma forma prática de separar a ADM da ASC dentro do universo da Defesa, mantendo a possibilidade de influência por parte das chefias militares e beneficiários; facilitar a angariação de verbas extraordinárias; dar mais garantias de ressarcimento aos PCS; e, imputar ao Estado os encargos referenciados pelo TC como da sua responsabilidade. A ADM como um serviço na administração direta do Estado é coerente com as garantias implícitas na CM, salvaguardando a sua sobrevivência mesmo em situações de contingência.

Em termos de concentração de posições dos intervenientes, verifica-se que apenas os modelos de integração na ADSE e serviço no MDN estão no quadrante de “cooperação ótima” (canto superior-direito) das matrizes de poder-interesse. Consequentemente, e em linha com as palavras de P. Barros (*op. cit.*), “autonomizar a ADM faz sentido, mas manter

na esfera pública”, o Quadro 17 representa os MG que passaram à prova de adequabilidade (Ribeiro, 2009, p. 192).

Quadro 17 - MG alternativos para a prova de adequabilidade

MG com autonomização da ADM	Integração da ADM na ADSE
	Serviço de gestão administrativa no MDN

Para execução desta prova, concentrou-se a análise interpretativa (Santos & Lima, 2019, p. 125) da informação das entrevistas e da documentação nos Quadros 28 e 29 do Apêndice G, com a Figura 8 a representar graficamente os seus resultados.

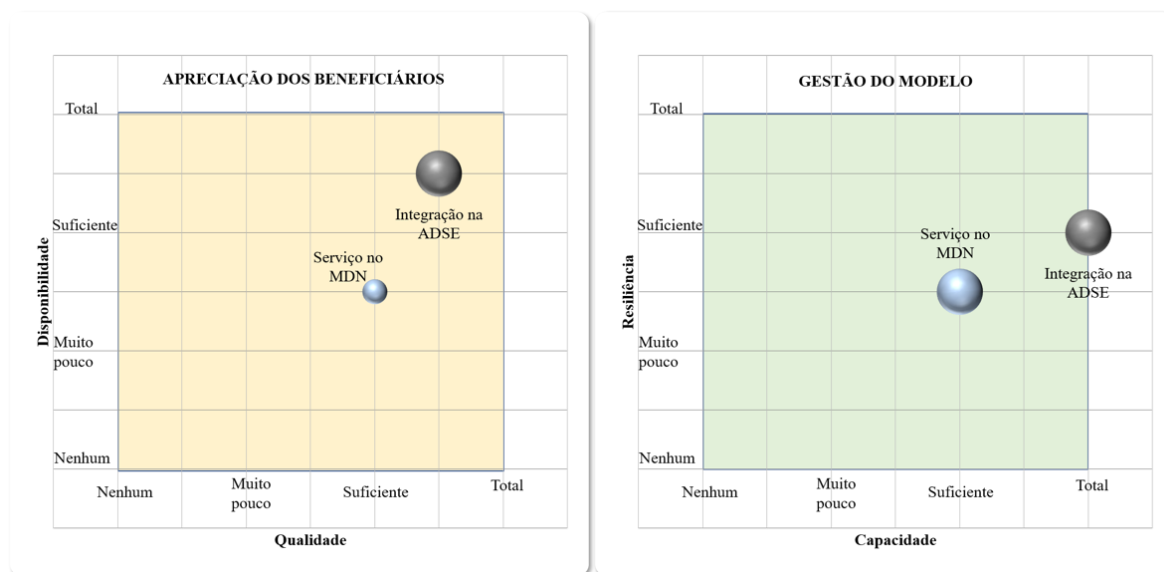


Figura 8 - Resultados gráficos da prova de adequabilidade

Globalmente, considerou-se que ambos os modelos são adequados e atingem a finalidade do acesso à assistência na doença. Por um lado, a ADSE já é o maior SPS e, por outro, a confiança demonstrada pelos PCS num modelo no MDN permite inferir que, no mínimo, o acesso aos atuais convencionados estaria garantido nesta solução.

Do ponto de vista do beneficiário, e decorrente de investimentos em sistemas de informação modernos (S. Portela, *op. cit.*), a ADSE tem plataformas de interação digital com os seus beneficiários (ADSE Direta) permitindo, por exemplo, o tratamento ou a simulação dos reembolsos, o que lhe confere uma vantagem em termos qualitativos. Verificou-se igualmente uma maior disponibilidade de serviços por parte da ADSE dado que, em 2019, tinha 1.465 PCS do regime convencionado (ADSE, 2020, p. 23), enquanto a ADM (DSADM, *email*, 02 de março de 2021) tinha 705 entidades. Contudo, a integração da ADM na ADSE significaria um aumento de custos para alguns beneficiários pelos motivos aludidos em 3.3 (descontos a partir da retribuição mínima mensal garantida).



No concernente à gestão dos modelos, concluiu-se que a integração na ADSE causaria um efeito de escala do mercado da saúde, potenciando as capacidades de negociação deste SPS junto dos PCS, permitindo o acesso dos seus beneficiários a melhores coberturas. Adicionalmente, e atendendo à flexibilidade e à autonomia de gestão de um IP com as características da ADSE, considerou-se que este modelo é mais resiliente e ajustável aos impactos e mudanças externas do que um serviço no MDN, com menos ferramentas de gestão e mais dependente da burocracia do Estado para a sua adaptação (Amaral, 2016, p. 323). Efetivamente, e de acordo com a Lei n.º 8/90, um serviço com autonomia administrativa (caso do serviço no MDN) teria a gestão financeira assegurada através da competência dos seus dirigentes em autorizar a realização de despesas e o seu pagamento e para praticar, no mesmo âmbito, atos administrativos definitivos e executórios (art.º 2.º); as importâncias necessárias seriam inscritas no OEST (art.º 3.º); o processamento das despesas seria efetuado mensalmente, no limite dos duodécimos respetivos, em execução das respetivas dotações para as necessidades do serviço (art.º 3.º).

Da análise efetuada, extraíram-se as matrizes SWOT destes MG (Quadros 18 e 19).

Quadro 18 - Matriz SWOT do modelo de serviço no MDN

Ambiente Interno	
Potencialidades	Vulnerabilidades
<ul style="list-style-type: none">- Cumprimento de compromissos do Estado;- Manutenção do universo de beneficiários (família militar);- Rede convencionada em complemento ao SNS;- Regime análogo aos dos restantes SPS;- Valorização da CM;- Menor dispersão na utilização das verbas da ADM;- Pagamento de despesas garantida pelo OEST;- Tutela ministerial única;- Manutenção da ADM na esfera da Defesa;- Sobrevivência do SPS em situações de contingência.	<ul style="list-style-type: none">- Gestão com autonomia e flexibilidade limitadas;- Utilização indiscriminada da receita (e.g., política social, DFA, acidentes de serviço e doenças profissionais).
Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">- Maior confiança dos PCS;- Aumento de PCS no regime convencionado;- Autonomização da ASC.	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades financeiras do Estado;- Aumento dos encargos com a saúde.



Quadro 19 - Matriz SWOT do modelo de integração na ADSE

Ambiente Interno	
Potencialidades	Vulnerabilidades
<ul style="list-style-type: none">- Maior disponibilidade de PCS;- Qualidade no processamento de reembolsos;- Tradição assistencial na saúde;- Possibilidade de os beneficiários intervirem na gestão;- Recursos humanos especializados;- Gestão com grande autonomia e flexibilidade;- Utilização dos descontos apenas para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Integração parcial da família militar na ADSE;- Desvalorização da CM;- Tutela partilhada entre vários ministérios.
Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">- Aumento de PCS no regime convencionado;- Possibilidade de negociar melhores coberturas;- Autonomização da ASC;- Autonomização dos encargos da responsabilidade do Estado (e.g., DFA).	<ul style="list-style-type: none">- Aumento dos encargos com a saúde;- Insustentabilidade financeira devido à evolução demográfica.

4.2 Modelos estrangeiros

Este subcapítulo sumariza a investigação dos modelos estrangeiros mais relevantes de assistência na doença a militares.

4.2.1 Espanha

A assistência na saúde e o apoio social aos militares espanhóis e familiares é assegurado pelo Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). O ISFAS é um organismo autónomo sob a tutela da Subsecretaria do MDN, tem personalidade jurídica especial, património próprio, tesouraria e autonomia financeira e é responsável pela gestão do regime especial de previdência social das FFAA, da Guardia Civil, do Centro Nacional de Inteligencia e dos civis de órgãos vinculados ao MDN, com exceção das pensões de reforma, invalidez, morte e sobrevivência (ISFAS, 2020a).

De afiliação obrigatória e com quota mensal para todos os militares enquanto ao serviço, os familiares ou equiparados também podem ser beneficiários desde que cumpram requisitos de convivência, dependência económica e não pertençam a outro regime de segurança social (ISFAS, 2020b, p. 19). No âmbito da assistência sanitária, os titulares têm o direito de optar anualmente entre o sistema sanitário público (serviço de saúde militar e rede sanitária da segurança social) ou pelo sector privado (seguros) (ISFAS, 2020b, p. 32).

Em 2021, e conforme o art.º 120.º da Lei n.º 11/2020, de 30 de dezembro (Reino de Espanha, 2020), a quota mensal varia entre os 49,43 € para oficiais gerais e os 20,16 € para praças⁹. Para um universo de 585.184 beneficiários, o orçamento anual do ISFAS em

⁹ Em 14 meses. Ao nível nacional, os descontos são de 212,22 € x14/ano para um general e 29,04 € x14/ano para uma praça (Direção de Finanças da Força Aérea, *email*, 23 de março de 2021).



2019 foi de 779,5 M€, com uma contribuição do Estado de 83,2%, representando as quotas 13,16% do total. Em 2019, 90,6% do orçamento foi gasto em despesas de saúde (ISFAS, 2020c). Em 2019, o ISFAS não tinha dívidas e demorava 10,05 dias a pagar aos PCS (ISFAS, 2020b, pp. 116-124).

4.2.2 França

Os militares franceses estão abrangidos obrigatoriamente pela Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS), um estabelecimento público nacional de natureza administrativa que gere o regime especial de segurança social, a assistência na doença e na maternidade, prevenção sanitária e ação social dos militares e seus familiares. O CNMSS tem tutela conjunta dos Ministérios da Solidariedade e da Saúde, das Finanças e da Defesa e o conselho de direção do CNMSS é composto por um presidente e 22 diretores (11 do MDN e 11 oficiais ou equiparados nomeados pelos beneficiários) (CNMSS, 2019, pp. 6-8).

O CNMSS garante a comparticipação nas despesas de saúde através de um sistema de taxas e tabelas de reembolso idênticas às aplicadas no regime geral de segurança social (CNMSS, 2020a). Em 2019, para um universo de 808.966 beneficiários, a CNMSS teve um orçamento de 1.856 M€ (40% de quotas e restante do OEST¹⁰) e não tinha dívidas (CNMSS, 2020b).

Em França existem ainda diversas associações mutualistas militares, de natureza social e de adesão voluntária, com planos de saúde disponíveis que podem cobrir os custos do CNMSS. A maior associação é a Unéo Militaire & Mutualiste que reivindica a proteção de 90% dos militares ativos e quase 70% dos militares aposentados (Unéo, 2020).

4.2.3 Estados Unidos da América

A assistência na doença aos militares americanos e seus familiares é assegurada pelo sistema de seguros Tricare no qual os beneficiários optam por um plano de acordo com a sua situação militar, localização geográfica, coberturas desejadas, prémio a pagar¹¹ e taxa cobrada pelos cuidados de saúde. Este sistema procura assim dar resposta à deslocalização mundial das forças militares americanas, mas também ao facto da não existência de um SNS. À data da investigação, existiam 11 planos Tricare. A prestação de cuidados de saúde é assegurada pelos hospitais militares, hospitais civis e entidades privadas ao abrigo de acordos com a Tricare (Tricare, 2020).

¹⁰ Da contribuição social geral (imposto sobre rendas, benefícios e rendimentos) e da contribuição para a autonomia solidária (contribuição de 0,3% do empregador).

¹¹ Que pode variar dos 0\$ no plano *For life, active duty, group A* aos 484,83\$/mês no plano *Retired reserve*.



4.3 Síntese conclusiva

Pelo exposto, e em resposta à QD2, *Que oportunidades de melhoria para a sustentabilidade da ADM oferecem outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença?*, verificou-se que os únicos MG nacionais que oferecem oportunidades de melhoria dentro do quadro de sustentabilidade traçado pela investigação implicam a separação da ADM do IASFA nomeadamente pela *integração da ADM na ADSE* ou pela sua conversão num *serviço de gestão administrativa do MDN*. A sustentabilidade financeira dos modelos seria garantida por vias distintas: pela inclusão da ADM num SPS com excedentes financeiros (ADSE) ou pela realocação da ADM num serviço direto do Estado (MDN) clarificando as responsabilidades pelo seu financiamento. Considerou-se ainda que estes modelos potenciariam diversas melhorias: a opção ADSE permitiria uma maior disponibilidade de PCS, melhor qualidade no processamento de reembolsos e possibilidade de os beneficiários intervirem na gestão; enquanto a opção MDN possibilitaria uma gestão com valorização da CM sob a tutela da Defesa e uma maior disponibilidade de serviços devido à maior confiança dos PCS.

Dos modelos espanhol e francês constatou-se a importância da contribuição maioritária do Estado para garantir a sustentabilidade da assistência na doença aos militares apesar da sua gestão por organismos públicos de administração indireta. Destes modelos, e atendendo ao seu carácter obrigatório, destacou-se a possibilidade de diversificar as opções dos beneficiários designadamente pela escolha (voluntária e temporária) de serviços e coberturas do sector privado. O modelo americano é um caso limite de privatização da assistência na doença que, apesar da sua flexibilidade, não corresponde aos princípios de igualdade e corresponsabilidade do Estado subjacentes à CM.

4.4 Resposta à Questão Central

Em resposta à QC, *Como melhorar a sustentabilidade da ADM?*, verificou-se que no atual quadro de atuação política e de financiamento público, a sustentabilidade da ADM não está garantida, colocando em causa a assistência na doença aos seus beneficiários e a subsistência do próprio IASFA. Neste enquadramento, e de acordo com os critérios e dados apurados pela investigação, os MG mais sustentáveis para a ADM implicam a desintegração deste SPS do IASFA mantendo-os, contudo, na esfera pública. Neste âmbito, apurou-se a viabilidade de dois MG: a *integração da ADM na ADSE* ou a ADM como um *serviço de gestão administrativa do MDN*.



Porém, de uma análise global de todos os parâmetros da investigação, resultou que a ADM como *serviço de gestão administrativa do MDN* surge como o MG preferencial dado que tem melhores índices de aceitabilidade (Figura 7) e uma matriz SWOT mais favorável (Quadro 18), designadamente por manter a ADM na tutela exclusiva da Defesa, garantir a integridade do apoio à família militar e promover a valorização da CM, compensando assim os seus índices de adequabilidade mais baixos (Figura 8) em relação à *integração da ADM na ADSE*. Na prática, tal modelo poderia ser materializado pela criação de uma direção-geral no MDN ou pela integração da ADM na SGMDN.

A análise dos modelos estrangeiros (França e Espanha) tende a confirmar que a contribuição financeira maioritária por parte do Estado é essencial para a sustentabilidade do regime de assistência na doença aos militares. Estes modelos sugerem também que a existência de outras opções de coberturas de saúde dentro do SPS, nomeadamente no sector privado (seguros), ou fora do SPS (associações mutualistas), permitem complementar a assistência na saúde, dirimindo o ónus de obrigatoriedade de inscrição na ADM.



5. Conclusões

A ADM é um SPS que tem como objetivo garantir a assistência na doença aos seus beneficiários em complemento à prestação de cuidados de saúde no SNS, inserindo-se no âmbito dos direitos e garantias complementares decorrentes da CM. Este tipo de apoio na doença, gerido pelo IASFA, manifesta-se como relevante para toda a família militar, um universo em contração e com necessidades crescentes de assistência devido ao seu envelhecimento, e efetua-se pela comparticipação no pagamento dos cuidados de saúde prestados mediante reembolso direto aos beneficiários ou diretamente à entidade prestadora. Contudo, o modelo de financiamento e a aplicação da receita decorrentes da gestão da ADM têm tido como consequência a acumulação de dívidas que colocam em causa a sustentabilidade deste SPS e a própria viabilidade do IASFA.

Consequentemente, o presente TII teve como objeto de estudo a sustentabilidade da ADM e foi delimitado nos domínios: temporal, à atualidade (2021); espacial, em Portugal; e de conteúdo, à problemática da ADM sem prejuízo da referenciação das interações financeiras entre a ADM e a ASC.

Neste enquadramento, esta investigação procurou responder à seguinte QC:

- Como melhorar a sustentabilidade da ADM?

No respeitante ao procedimento metodológico, esta investigação seguiu um processo de raciocínio com abordagem dedutiva, baseado numa estratégia qualitativa e num desenho de pesquisa de estudo de caso.

Este documento está organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo destina-se à introdução e enquadramento do tema; o segundo descreve o contexto teórico e metodológico da investigação, incluindo a revisão da literatura e a descrição do modelo de análise; o terceiro apresenta a análise da situação atual da ADM e a resposta à QD1; no quarto apresentam-se os resultados da análise dos MG alternativos para a ADM e as respostas à QD2 e QC; e, no quinto conclui-se o trabalho com um breve enquadramento do tema, sumariza-se o procedimento metodológico, expõe-se a súmula dos resultados obtidos assim como os contributos para o conhecimento, as limitações de investigação e as possibilidades de estudos futuros.

Quanto ao OE1, *Analisar a atual situação da ADM*, verificou-se que a ADM é gerida por um IP (IASFA) integrado na administração indireta do Estado com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, sem qualquer especificidade ou natureza especial. Apesar da qualificação da estrutura de recursos humanos da DSADM, a natureza



deste MG implica limitações na autonomia e flexibilidade da gestão, nomeadamente pela sujeição às regras de controlo contratual e financeiro do Estado. Do ponto de vista da sustentabilidade, apurou-se que os intervenientes mais relevantes são o MDN, o CD, os dirigentes, os beneficiários, o EMGFA e ramos. Porém, as diversas alterações do paradigma de financiamento da ADM, em resposta a conjunturas políticas e orçamentais (intervenção da Troika), o desalinhamento interpretativo da legislação (designadamente a relacionada com a CM) e a falha no cumprimento de compromissos por parte do Estado agravaram continuamente a sustentabilidade deste SPS. Efetivamente, constatou-se que a ADM suporta custos que deviam ser garantidos pelo OEST como a política social do Estado (i.e. isenções de descontos), os encargos de saúde dos DFA e seus familiares, despesas de saúde relacionadas com a prontidão dos militares na efetividade de serviço, acidentes de serviço, doenças profissionais e apoio de militares em missões no estrangeiro, o que, num cenário em que as transferências do Estado e os descontos dos beneficiários são insuficientes para cobrir todas as despesas, teve como resultado a acumulação de uma dívida de 76,4 M€, a 31 de dezembro de 2020. Contudo, verificou-se que, se a legislação atinente a este SPS e à CM fosse cumprida no rigor da sua interpretação e os compromissos assumidos pela tutela fossem efetivados, a ADM teria excedentes financeiros permitindo assim a sua sustentabilidade.

No concernente ao OE2, *Analisar outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença*, e apesar do estudo de diversos MG sob a administração direta e indireta do Estado assim como modelos privados, concluiu-se que no atual quadro de atuação política e de finanças públicas, os MG mais sustentáveis para a ADM implicam a desintegração deste SPS do IASFA dentro da esfera do Estado. Da investigação efetuada, resultou que a *integração da ADM na ADSE* e a ADM como um *serviço de gestão administrativa do MDN* são os MG com melhores índices de sustentabilidade social, para além de apresentarem vantagens relativamente ao atual modelo como a maior disponibilidade de PCS, melhor qualidade no processamento de reembolsos e possibilidade de os beneficiários intervirem na gestão (modelo ADSE) ou valorização da CM com gestão específica da Defesa, maior disponibilidade de serviços e saneamento da dívida (modelo MDN).

Dos modelos militares estrangeiros de assistência na doença, designadamente o espanhol e francês, identificou-se a importância do apoio do Estado no garante da sustentabilidade dos sistemas de assistência na doença aos militares e seus familiares, apesar



da autonomia dos organismos responsáveis pela gestão dos SPS. Adicionalmente, apurou-se a possibilidade de incluir no SPS opções complementares de coberturas de saúde para escolha voluntária e temporária dos beneficiários, nomeadamente no âmbito de seguros de saúde.

Face ao exposto, no tocante ao OG, *Propor contributos para melhorar a sustentabilidade da ADM*, respondido através da QC, concluiu-se que a gestão política da ADM colocou este SPS numa situação de insustentabilidade financeira com potenciais consequências negativas para a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e para a própria sobrevivência do IASFA e efeitos noutras áreas de atuação deste Instituto como é o caso da ASC. Neste enquadramento, e apesar da investigação apontar para a plausibilidade de dois MG sob a administração do Estado, concluiu-se que o modelo que melhor contribui para a sustentabilidade da ADM é o *serviço de gestão administrativa do MDN*, ou seja, incorporar a sua gestão na administração direta do Estado através de um órgão na dependência do MDN (formato de direção-geral como no modelo da ADSE antes de 2017) ou integrado na SGMDN. Apurou-se que este modelo permitiria ultrapassar os constrangimentos principais do financiamento do sistema (pela clarificação na assunção de responsabilidades) mantendo a sua gestão na esfera da Defesa, facultando a sua adequação às especificidades da CM e garantindo um exercício transversal de direitos de assistência na saúde por todos os beneficiários que constituem atualmente a família militar. De relevar a possibilidade deste MG garantir a sobrevivência do SPS em situações financeiras limite em coerência com o previsto em diplomas de valor reforçado atinentes à CM. A sustentabilidade social deste modelo poderia ainda ser reforçada pela possibilidade de os beneficiários optarem temporariamente por coberturas de saúde do sector privado (seguros) contratadas anualmente pelo SPS, como praticado pelo modelo espanhol.

Como contributo para o conhecimento, considera-se que esta investigação evidenciou que o atual MG da ADM não é a causa principal do seu desequilíbrio financeiro, o que está em linha com as principais conclusões das auditorias do TC (Apêndice D). Por exemplo, o modelo espanhol (ISFAS) e francês (CNMSS) comprovam que é possível integrar a assistência na doença, a ASC e outras valências num organismo de administração indireta do Estado desde que as transferências do OEST sejam suficientes para cobrir as despesas não suportadas pelos descontos dos beneficiários. Portanto, e no atual enquadramento político-financeiro, considera-se que esta investigação confirma o real problema da insustentabilidade da ADM (i.e., falta de financiamento por parte do Estado) apesar do



exercício acadêmico realizado que aponta pistas para um hipotético novo MG, no qual se considerou que devem ser balanceados diversos fatores, para além da perspectiva económica, de modo a garantir a sua sustentabilidade.

Esta investigação comporta uma limitação originada pelos confinamentos decorrentes das declarações de estado de emergência durante o período do estudo, o que implicou que as entrevistas fossem efetuadas maioritariamente por videoconferências ou por escrito, perdendo-se assim alguma observação e interação com os entrevistados. Outra limitação da investigação prendeu-se com a indisponibilidade e desistência de algumas entidades em participar na investigação e cujos contributos seriam importantes para o trabalho, o que se supõe estar relacionado com a perceção da investigação tratar de uma matéria constrangedora para as funções dessas entidades.

Em termos de estudos futuros, afigura-se pertinente analisar o modelo de financiamento do IASFA na circunstância da separação da ADM deste Instituto; estudar a organização e funcionamento da ADM como um serviço de gestão administrativa no MDN; e, analisar o processo de seleção e funcionamento de seguros geridos pela ADM em complemento aos serviços de saúde tradicionais (regime convencionado e regime livre).



Referências bibliográficas

- ADSE Instituto Público de Gestão Participada. (2020). *Relatório de Atividades – 2019*. Retirado de <https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2021/01/Relatorio-de-Atividades-2019-Versao-Aprovada.pdf>
- Amaral, D. F. (2016). *Curso de Direito Administrativo* (4.^a Ed.). Coimbra: Almedina.
- APPM Sociedade de Revisores Oficiais de Contas – Ana Calado Pinto, Pedro de Campos Machado, Ilídio César Ferreira & Associados, Lda. (2020). *Relatório e parecer do Fiscal Único*. Lisboa: Autor.
- Bricknell, M., & Cain, P. (2020). Understanding the Whole of Military Health Systems. *The RUSI Journal*, 165(3), 40-49. doi: 10.1080/03071847.2020.1784039
- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. (2019). *Rapport d'Activité 2019*. Retirado de https://www.cnmss.fr/documents/CNMSS_en_action/RA_2019/RA_2019_couv_compressed.pdf
- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. (2020a, 17 de março). Taux de prise en charge [Página online]. Retirado de <https://www.cnmss.fr/assure/mes-remboursements/mes-prestations/taux-de-prise-en-charge-184.html>
- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale. (2020b). *L'annexe aux comptes annuels 2019*. Retirado de https://www.cnmss.fr/documents/CNMSS_en_action/Documents/Comptes_annuels_2019/CNMSS_ANNEXE_AUX_COMPTEES_ANNUELS_2019.pdf
- Carvalho, M. M. A. (2013). *Dos Serviços Sociais das Forças Armadas ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.: transformações e desafios*. (Tese de Dissertação de Mestrado em Serviço Social: Acompanhamento Social e Inserção). Universidade Católica Portuguesa [UCP], Lisboa.
- Conselho Estratégico Nacional do Partido Social Democrata. (2021). *CEN Defesa Nacional objetivos a desenvolver* [versão PDF]. Retirado de <https://www.psd.pt/sites/default/files/2021-03/CEN-Defesa-Nacional-Objectivos-v3.pdf>
- Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro (1966). *Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda*



a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange. Diário da República, 1.^a Série, 274, 1883-2086. Lisboa: Ministério da Justiça.

Decreto-Lei n.º 585/73, de 06 de novembro (1973). *Torna extensivo aos militares dos quadros permanentes dos três ramos das forças armadas, nas situações de ativo, reserva e de reforma, o direito aos benefícios concedidos por conta do Estado em matéria de assistência sanitária pelo artigo 18.º do Estatuto do Oficial do Exército.* Diário da República, 1.^a Série, 259, 2120(1)-2120(3). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de janeiro (1976). *Reconhece o direito à reparação material e moral que assiste aos deficientes das forças armadas e institui medidas e meios que concorram para a sua plena integração na sociedade.* Diário da República, 1.^a Série, 16, 97-103. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 460/77, de 07 de novembro (1977). *Aprova o estatuto das coletividades de utilidade pública.* Diário da República, 1.^a Série, 257, 2655-2657. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro (1983). *Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social.* Diário da República, 1.^a Série, 46, 643-656. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 314/90, de 13 de outubro (1990). *Estabelece o regime de benefícios para militares com grande deficiência.* Diário da República, 1.^a Série, 237, 4274-4275. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 284/95, de 30 de outubro (1995). *Estatuto do Instituto de Ação Social das Forças Armadas.* Diário da República, 1.^a Série-A, 284, 6746-6752. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 250/99, de 07 de julho (1999). *Aprova a adoção de medidas que visam apoiar e facilitar a reintegração social de cidadãos que, durante a prestação do serviço efetivo normal, tenham adquirido uma diminuição permanente na sua capacidade geral de ganho igual ou superior a 80%.* Diário da República, 1.^a Série-A, 156, 4203-4204. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.



- Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro (2005). *Regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série-A, 184, 5694-5697. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 391/2007, de 13 de dezembro (2007). *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 460/77, de 7 de novembro, introduzindo mecanismos de simplificação administrativa na concessão da declaração de utilidade pública*. Diário da República, 1.ª Série, 240, 8891-8895. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril (2008). *Estabelece o regime jurídico do contrato de seguro*. Diário da República, 1.ª Série, 75, 2228-2261. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto (2012). *Aprova a Orgânica do Instituto de Ação Social das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série, 163, 4639-4641. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro (2013). *No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 18/2013, de 18 de fevereiro, aprova o novo regime jurídico do sector público empresarial*. Diário da República, 1.ª Série, 191, 5988-6002. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 183/2014, de 29 de dezembro (2014). *Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional*. Diário da República, 1.ª Série, 250, 6375-6382. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 4/2015, de 07 de janeiro (2015). *No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 42/2014, de 11 de julho, aprova o novo Código do Procedimento Administrativo*. Diário da República, 1.ª Série, 4, 50-87. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio (2015). *Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, que aprova o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas e à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, que aprova o regime jurídico de assistência na doença da GNR e PSP*. Diário da República, 1.ª Série, 94, 2518-2521. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.



- Decreto-Lei n.º 90/2015, de 29 de maio (2015). *Aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas*. Diário da República, 1.ª Série, 104, 3198-3252. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho (2016). *Altera as missões e atribuições do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I. P., eliminando a possibilidade de este Instituto conceder empréstimos aos seus beneficiários, bem como a composição do conselho diretivo, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 183/2014, de 29 de dezembro*. Diário da República, 1.ª Série, 123, 2017-2019. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 59/2018, de 02 de agosto (2018). *Aprova o Código das Associações Mutualistas*. Diário da República, 1.ª Série, 148, 3740-3762. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Despacho n.º 2943/2014, de 23 de agosto (2014). *Define orientações complementares para a reforma do Sistema de Saúde Militar e identifica as entidades responsáveis pela execução do respetivo processo de implementação*. Diário da República, 2.ª Série, 37, 5386-5388. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Despacho n.º 511/2015, de 30 de dezembro (2014). *Saúde Operacional Assistencial - Reorganização do Sistema de Saúde Militar (SSM) - Manutenção da ADM na esfera do Ministério da Defesa Nacional*. Diário da República, 2.ª Série, 12, 1795-1796. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Despacho n.º 9490/2018, de 11 de outubro (2018). *Criação da Plataforma do Sistema de Saúde Militar*. Diário da República, 2.ª Série, 196, 27234-27235. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Despacho n.º 1702/2019, de 24 de janeiro (2019). *Reorganização do Sistema de Saúde Militar (SSM) - Assunção de Encargos*. Diário da República, 2.ª Série, 33, 5610-5611. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Dias, J. E., & Oliveira, F. P. (2011). *Noções Fundamentais de Direito Administrativo* (2.ª Ed.). Coimbra: Almedina.



- Eikmeier, D. C. (2007). A logical method for center-of-gravity analysis. *Military Review*, 87(5), 62-66. Retirado de https://www.academia.edu/7384864/Logical_method_of_COG_Analysis
- Elkington, J. (1994). Towards the Sustainable Corporation: Win-Win-Win Business Strategies for Sustainable Development. *California Management Review*, 36(2), 90-100.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*. Retirado de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Retirado de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf
- Estado-Maior-General das Forças Armadas. (2020). *Relatório de Atividades EMGFA/2019*. Retirado de https://www.emgfa.pt/Documents/2021/20201215_RAEMGFA2019_FINAL_para%20PUBLICACAO.pdf
- Exército. (2021). *Relatório de Atividades 2020*. Lisboa: Autor.
- Força Aérea. (2020). *Relatório de Gestão 2019*. Retirado de https://www.emfa.pt/paginas/institucional_fap/ficheiros/2019/Relat%C3%B3rio%20Gest%C3%A3o%202019.pdf
- Franco, A. L. S. (2015). *Finanças Públicas e Direito Financeiro Volume I e II*. (4.^a Ed.). Coimbra: Almedina
- Gouveia, J. B. (2007). *Dicionário Jurídico da Administração Pública 3.º Suplemento*. Coimbra: Coimbra Editora, Limitada.
- Inspecção-Geral da Defesa Nacional. (2018). *Relatório da Auditoria ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P..* (Auditoria/45/2017/EXT). Lisboa: Autor.
- Inspecção-Geral das Finanças. (2018). *Auditoria ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA, IP)*. (Relatório n.º 2018/1371). Lisboa: Autor.



Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2017a). *Plano Estratégico para a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas 2017-2022 – Documento de Trabalho*. Lisboa: Autor.

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2017b). *Relatório de Gestão 2016*. Retirado de https://www.iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/DOCUMENTOS/INSTRUMENTOS%20DE%20GEST%C3%83O/e.%20Relat%C3%B3rios%20de%20Atividades/RA2016.pdf

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2018). *Relatório de Gestão 2018 – em processo de aprovação*. Retirado de https://www.iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/DOCUMENTOS/INSTRUMENTOS%20DE%20GEST%C3%83O/f.%20Relat%C3%B3rios%20de%20gest%C3%A3o/Relat_gestao_2018.pdf

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2019). *Relatório de atividades 2018 – em processo de aprovação*. Retirado de https://www.iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/DOCUMENTOS/INSTRUMENTOS%20DE%20GEST%C3%83O/e.%20Relat%C3%B3rios%20de%20Atividades/RA_2018.pdf

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020a). *Plano Estratégico 2019_2021*. Retirado de https://www.iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/DOCUMENTOS/INSTRUMENTOS%20DE%20GEST%C3%83O/Plano%20Estrat%C3%A9gico/PE_2019-2021.pdf

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020b). *Plano de Ação – equilíbrio financeiro na Assistência na Doença aos Militares*. Retirado de https://www.iasfa.pt/Site_iasfa_conteudo/DOCUMENTOS/INSTRUMENTOS%20DE%20GEST%C3%83O/Plano%20Estrat%C3%A9gico/Plano_Acao_Equilib_Financ_ADM.pdf

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020c). *Relatório de atividades 2019 – em processo de aprovação*. Lisboa: Autor.

Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020d). *Declaração de pagamentos em atraso existentes em 31/12/2020*. Lisboa: Autor.



- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020e). *Declaração de pagamentos em atraso existentes em 31/12/2017*. Retirado de https://www.iasfa.pt/wp-content/uploads/2020/05/PagamentosAtraso-_2018.pdf
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020f). *Declaração de pagamentos em atraso existentes em 31/12/2018*. Retirado de https://www.iasfa.pt/wp-content/uploads/2020/05/PagamentosAtraso_2019.pdf
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas I.P.. (2020g). *Declaração de pagamentos em atraso existentes em 31/12/2019*. Retirado de https://www.iasfa.pt/wp-content/uploads/2020/05/PagamentosAtraso_2020.pdf
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2020a, 16 de março). Quiénes somos [Página online]. Retirado de <https://www.defensa.gob.es/isfas/isfas/quienessomos/>
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2020b). *Memoria 2019*. Retirado de https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_2019.pdf
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. (2020c). *ISFAS en datos*. Retirado de <https://www.defensa.gob.es/isfas/isfas/quienessomos/isfasdatos/index.html>
- International Federation of Accountants. (2011). *Sustainability Framework 2.0 – Professional Accountants as Integrators*, pp. 8. Retirado de <https://www.ifac.org/system/files/publications/files/Sustainability-Framework-2.0.pdf>
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy* (8.ª Ed.). Edimburgo: Prentice Hall Europe.
- Lei n.º 11/89, de 01 de junho (1989). *Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar*. Diário da República, 1.ª Série, 125, 2096-2097. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 8/90, de 20 de fevereiro (1990). *Bases da contabilidade pública*. Diário da República, 1.ª Série, 43, 685-687. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 174/99, de 21 de setembro (1999). *Lei do Serviço Militar*. Diário da República, 1.ª Série, 221, 6541-6550. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro (2004). *Aprova a lei-quadro dos institutos públicos*. Diário da República, 1.ª Série-A, 12, 301-311. Lisboa: Assembleia da República.



- Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto (2005). *Sétima revisão constitucional à Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976*. Diário da República, 1.ª Série, 155, 4642-4686. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro (2006). *Altera a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública*. Diário da República, 1.ª Série, 249, 8626(390)-8626(393). Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 24/2012, de 09 de julho (2012). *Aprova a Lei-Quadro das Fundações e altera o Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966*. Diário da República, 1.ª Série, 131, 3550-3564. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 119/2015, de 31 de agosto (2015). *Aprova o Código Cooperativo e revoga a Lei n.º 51/96, de 7 de setembro*. Diário da República, 1.ª Série, 169, 6581-6600. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 147/2015, de 09 de setembro (2015). *Aprova o regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, bem como o regime processual aplicável aos crimes especiais do setor segurador e dos fundos de pensões e às contraordenações cujo processamento compete à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, transpondo a Diretiva 2009/138/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de novembro de 2009, procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de janeiro, à primeira alteração ao regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 40/2014, de 18 de março, e revoga o Decreto de 21 de outubro de 1907 e o Decreto-Lei n.º 90/2003, de 30 de abril*. Diário da República, 1.ª Série, 176, 7342-7500. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro (2019). *Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto*. Diário da República, 1.ª Série, 169, 55-66. Lisboa: Assembleia da República.
- Lei n.º 75-B/2020, de 31 de dezembro (2020). *Orçamento do Estado para 2021*. Diário da República, 1.ª Série, 253, 171(2)-171(288). Lisboa: Assembleia da República.
- Lopes, N. F. C., & Loureiro, N. A. R. S. (2020). A Condição Militar nas Forças Armadas Associada à sua Monitorização em Portugal. *Revista de Ciências Militares*, novembro, VIII(2), 285-315. Retirado de https://www.ium.pt/?page_id=5714



- Lykke, A. F. (1986). Toward An Understanding of Military Strategy. *Military Strategy: Theory and Application*, XIII, 3-7.
- Marinha. (2019). *Plano de Atividades 2020 – Comando Superior e Estado-Maior da Armada*. Retirado de https://www.marinha.pt/pt/informacao-instituicional/info-legal/PAS/Documents/Plano_Atividades_2020_Comando_Superior.pdf
- Oliveira, L.R., Medeiros, R.M., Terra, P.B., & Quelhas, O.L.G. (2012). Sustentabilidade: da evolução dos conceitos à implementação como estratégia nas organizações. *Produção*, 22(1), pp. 70-82. doi: 10.1590/S0103-65132011005000062
- Ourique, A. (2016). *Leis Fundamentais de Portugal*. Lisboa: Chiado Books.
- Portaria n.º 1395/2007, de 25 de outubro (2007). *Regula a assistência na doença aos beneficiários titulares da assistência na doença aos militares das Forças Armadas colocados no estrangeiro bem como aos beneficiários familiares que com eles se encontrem*. Diário da República, 1.ª Série, 206, 7867-7868. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional.
- Portaria n.º 1034/2009, de 11 de setembro (2009). *Adota novas regras de assistência em caso de acidentes de serviço e doenças profissionais dos militares das Forças Armadas e revoga a Portaria n.º 1394/2007, de 25 de outubro*. Diário da República, 1.ª Série, 177, 6222-6223. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional.
- Portaria n.º 189/2013, de 22 de maio (2013). *Aprova os estatutos do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. e revoga a Portaria n.º 1271/2009, de 19 de outubro*. Diário da República, 1.ª Série, 98, 3016-3019. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Defesa Nacional.
- Portaria n.º 482-A/2015, de 19 de junho (2015). *Beneficiários associados da ADM*. Diário da República, 1.ª Série, 118, 16564(5)-16564(6). Lisboa: Ministérios das Finanças e da Defesa Nacional.
- Rego, A., Cunha, M. P., & Meyer Jr., V. (2019). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 45-57.
- Reino de Espanha. (2020). *Ley 11/2020 - Presupuestos Generales del Estado para el año 2021*. Retirado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2020/12/30/11>



- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 02 de junho (2005). *Aprova um conjunto de medidas para a consolidação das contas públicas e o crescimento económico*. Diário da República, 1.ª Série-A, 120, 3951-3955. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Ribeiro, A. S. (2009). *Teoria Geral da Estratégia: O essencial ao processo estratégico*. Coimbra: Almedina.
- Santos, L. A. B., & Lima, J. M. M. V. (Coords.) (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. Cadernos do IESM, 8. Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares. Retirado de https://cidium.ium.pt/docs/publicacoes/CADERNO_8.pdf
- Santos, M. M. R. (2016). *Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – que futuro?* (Trabalho de Investigação Individual do Curso de Estado-Maior Conjunto). Instituto Universitário Militar [IUM], Lisboa.
- Tribunal de Contas. (2019). *Auditoria de resultados ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P., relatório n.º 4/2019*. Retirado de <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2019/rel004-2019-2s.pdf>
- Tribunal de Contas. (2020). *Auditoria ao Hospital das Forças Armadas., relatório n.º 4/2020*. Retirado de <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2020/rel04-2020-2s.pdf>
- Tricare. (2020, 19 de março). Health Plans [Página online]. Retirado de <https://www.tricare.mil/Plans/HealthPlans>
- Troika. (2011). *Portugal: Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality (2011)*. Retirado de https://www.jn.pt/infos/pdf/Memorando_troika.pdf
- Unéo. (2020, 18 de março). Unéo-Engagement [Página online]. Retirado de <https://www.groupe-uneo.fr/vivre-et-se-proteger/uneo-engagement-gamme-mili>
- Wheelen, T., & Hunger, D. (2012). *Strategic Management and Business Policy* (13.ª Ed.). EUA: Pearson.
- XXI Governo Constitucional (2015). *Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019*. Retirado de <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>



XXII Governo Constitucional (2019). *Programa do XXII Governo Constitucional 2019-2023*. Retirado de <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABACzsDA1AQB5jSa9BAAAAA%3d%3d>



Apêndice A – Corpo de conceitos

Neste Apêndice apresentam-se alguns conceitos que se consideram importantes para a compreensão deste TII:

Administração direta do Estado - Atividade exercida por serviços integrados na pessoa coletiva do Estado (Amaral, 2016, p. 200).

Administração indireta do Estado - Atividade que, embora desenvolvida para a realização dos fins do Estado, é exercida por pessoas coletivas públicas distintas do Estado (Amaral, 2016, p. 200).

Administração Pública – Em termos subjetivos, é o conjunto de instituições cuja atividade essencial é a «administração pública», como função do Estado e atividade a ela atinente. Em termos objetivos, é a atividade do Estado que, no âmbito definido pelas suas orientações políticas e com subordinação às normas jurídicas, visa realizar os interesses coletivos da sociedade, concretizados em objetivos definidos por via da autoridade (Franco, 2015, p. 144).

Autonomia administrativa e financeira - Capacidade de algumas instituições públicas poderem ter personalidade jurídica, autonomia para adquirir património, autonomia de tesouraria, possibilidade de ter receitas próprias, acesso a crédito ou maior liberdade contratual (Ourique, 2016, p. 19).

Beneficiário - Todo o indivíduo que tem direito a usufruir do subsistema ADM, sendo-lhe atribuído, para o efeito, um número e um cartão (Santos, 2016).

Beneficiário Titular – Todos os militares dos quadros permanentes, em regime de contrato ou voluntariado, alunos dos estabelecimentos de ensino militar e pessoal militarizado das FFAA. De forma facultativa, podem inscrever-se como beneficiários titulares da ADM, os DFA, os pensionistas de pensão de invalidez e os beneficiários da pensão de preço de sangue (Decreto-Lei n.º 167/2005).

Beneficiário familiar ou equiparado - Facultativamente, podem inscrever-se e integrar a ADM de acordo com as prescrições legais vigentes, o cônjuge ou pessoa com quem viva em união de facto, descendentes e ascendentes ou equiparados, incluindo os sobreviventes, de beneficiários titulares da ADM (Decreto-Lei n.º 167/2005).

Beneficiário extraordinário – Funcionários e agentes, beneficiário titulares da ADSE, que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiários titulares da ADM e optem pela sua inscrição como beneficiários da ADM (Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro).



Beneficiário associado – Os cônjuges, não separados de pessoas e bens, e os unidos de facto, incluindo sobreviventes, de beneficiários titulares da ADM, que não possuam vínculo de emprego público e que não sejam beneficiários, ou tenham renunciado à qualidade de beneficiário titular, de outro SPS de assistência na doença (Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio, regulamentado pela Portaria n.º 482-A/2015, de 18 de junho).

Deficientes das Forças Armadas – Consideram-se incluídos no regime de DFA as seguintes tipologias de deficientes:

- Deficiente das FFAA: qualquer cidadão que, no cumprimento do serviço militar e na defesa dos interesses da Pátria, adquiriu uma diminuição na capacidade geral de ganho (Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de janeiro);

- Grande Deficiente das FFAA: o cidadão que, no cumprimento do dever militar e não abrangido pelo Decreto-Lei n.º 43/76, adquiriu uma diminuição permanente na sua capacidade geral de ganho, da qual resulte passagem à situação de reforma extraordinária ou atribuição de pensão de invalidez e cuja desvalorização seja igual ou superior a 60% (Decreto-Lei n.º 314/90, de 13 de outubro);

- Grande Deficiente do Serviço Efetivo Normal: o cidadão que durante a prestação de serviço militar tenha adquirido uma diminuição permanente na sua capacidade geral de ganho igual ou superior a 80% (Decreto-Lei n.º 250/99, de 07 de julho).

Prestadores de cuidados de saúde - Estruturas de saúde, nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas, que prestam cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009).

Regime convencionado - Regime que garante aos beneficiários o acesso a um conjunto de serviços ou cuidados de saúde, regulado por convenções ou acordos celebrados com prestadores (individuais ou empresariais) de cuidados de saúde, onde previamente se estabelecem a abrangência dos cuidados, as regras a cumprir, o preço a praticar e consequente copagamento do beneficiário (Santos, 2016).

Regime livre - Regime que garante aos beneficiários o acesso a cuidados de saúde, em entidades (individuais ou empresariais) não convencionadas mediante um mecanismo em que o beneficiário financia a totalidade da despesa sendo reembolsado posteriormente de parte ou da totalidade do valor pela ADM de despesas com a aquisição de serviços médicos (Santos, 2016).

Saúde assistencial - Engloba a prestação de cuidados de saúde necessários e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente



socioprofissional, nomeadamente os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares, bem como aos respetivos familiares (Despacho n.º 511/2015, de 30 de dezembro de 2014).

Saúde operacional - Engloba a prestação de cuidados de saúde por motivos operacionais, nomeadamente os que concorrem para atividades de seleção/recrutamento, revisões e inspeções periódicas de militares na efetividade de serviço, preparação sanitária prévia à projeção de forças, avaliação sanitária de forças após a retração/rendição e apoio sanitário à atividade operacional (Despacho n.º 511/2015).

Serviço Nacional de Saúde - Conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde (Lei n.º 95/2019).

Sistema de Saúde Militar - O SSM compreende a Direção de Saúde Militar, integrada na estrutura do EMGFA, as Direções de Saúde integradas na estrutura dos ramos e a Direção de Serviços de Saúde Militar da DGRDN, organizadas como um sistema integrado, assente numa função operacional e numa função assistencial ou hospitalar aos militares e seus familiares, abrangendo todas as vertentes técnicas da saúde militar (Despacho n.º 2943/2014, de 23 de agosto).

Subsistemas Públicos de Saúde - Entidades de natureza pública, criadas por lei, que participam financeiramente os encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que asseguram essa mesma prestação a esses mesmos beneficiários, regra geral através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde com os quais celebram um acordo ou convenção ou através dos estabelecimentos hospitalares do SNS. Os SPS atualmente existentes são a ADSE, ADM, SAD-PSP e SAD-GNR (ERS, 2009).

Subsistema de Saúde - Entidades de natureza pública ou privada que, por lei ou por contrato, asseguram o financiamento de prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos e tendo uma base profissional – independentemente dos respetivos beneficiários se encontrarem em situação de exercício efetivo de funções ou aposentados, e sem prejuízo da sua extensão aos agregados familiares –, tendo a adesão dos beneficiários ao subsistema, consoante o caso, carácter obrigatório ou facultativo (ERS, 2011).



Apêndice B – Modelo de análise

Atendendo à multiplicidade de opções e realidades distintas com que esta investigação se confrontou, e pela respetiva necessidade de balanceamento entre as diversas dimensões, selecionou-se um modelo de análise baseado no conceito de formulação da estratégia desenvolvido por Lykke (1986, pp. 3-7) e sintetizado por Eikmeier (2007, pp. 62-66).

Neste modelo de análise, o acesso à assistência na doença surge como o objetivo (*Ends*). Efetivamente, qualquer modelo de assistência na doença em investigação deve ter como objetivo o acesso dos seus beneficiários aos acordos, convenções ou outros mecanismos de prestação de cuidados de saúde. A implementação do modelo (*Ways*) é identificada como a capacidade crítica que engloba as variáveis envolvidas no modo como se atinge o objetivo. Os recursos (*Means*) apresentam-se como o centro de gravidade do problema e englobam os indicadores basilares que são imprescindíveis para atingir o objetivo (Quadro 20).

Quadro 20 - Modelo de análise

OG	Propor contributos para melhorar a sustentabilidade da ADM			
QC	Como melhorar a sustentabilidade da ADM?			
OE1	Analisar a atual situação da ADM			
QD1	Qual é a situação atual da ADM?			
OE2	Analisar outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença.			
QD2	Que oportunidades de melhoria para a sustentabilidade da ADM oferecem outros modelos, nacionais e estrangeiros, de assistência na doença?			
Conceito	Dimensões	Variáveis	Indicadores	Recolha de dados
Assistência na doença aos militares	Acesso à assistência na doença (<i>Ends</i>)	Apreciação dos beneficiários	Qualidade dos serviços	Documental Entrevistas semiestruturadas
			Disponibilidade de serviços	
			Custos	
	Implementação do modelo (<i>Ways</i>)	Gestão do modelo	Resiliência	
			Cumprimento dos critérios	
			Objetivos institucionais	
		Aceitabilidade institucional (MDN, CD, dirigentes)	Riscos	
			Custos	
			Aceitação da mudança	
		Aceitabilidade dos beneficiários	Adequação à CM	
			Nível de rutura do paradigma	
			Influência no sistema	
		Aceitabilidade das chefias militares	Eficiência dos ressarcimentos	
			Confiança no modelo	
			Legalidade	
	Recursos (<i>Means</i>)	Exequibilidade	Sustentabilidade financeira	

Fazendo o paralelismo com o processo de decisão estratégica (Ribeiro, 2009), os diferentes modelos de assistência na doença desta investigação surgem como modalidades de ação. Assim, segundo Ribeiro (2009, p. 190) “para que o decisor fique habilitado com a informação necessária para escolher uma modalidade de ação, deve recorrer às provas de adequabilidade, da exequibilidade e da aceitabilidade”. Neste enquadramento, e atendendo

à multiplicidade de modelos da investigação, foram efetuadas provas faseadas para selecionar os modelos de assistência na doença que oferecem oportunidades de melhoria à ADM:

- Numa primeira fase, os modelos foram sujeitos à prova de exequibilidade, procedendo-se à “[...] avaliação dos recursos [...], e à identificação das deficiências [...]” (Ribeiro, 2009, p. 192), sendo eliminados aqueles que não tinham indicadores positivos no âmbito do centro de gravidade do problema;

- Na segunda fase, foi efetuada a prova de aceitabilidade dos modelos restantes, verificando os seus requisitos e indicadores fundamentais, nomeadamente a consistência com os objetivos do Governo, as expectativas e reações dos públicos de interesse, a atratividade dos resultados e os riscos decorrentes de cada modelo (Ribeiro, 2009, p. 194);

- Na terceira fase, os modelos sobreviventes foram avaliados na prova de adequabilidade, verificando, de acordo com Ribeiro (2009, p. 192), “[...] se a estratégia faz sentido face aos objetivos a materializar [...]”;

- Na quarta e última fase, os modelos de assistência na doença foram submetidos à análise SWOT, identificando potencialidades, vulnerabilidades, oportunidades e ameaças (Figura 9).

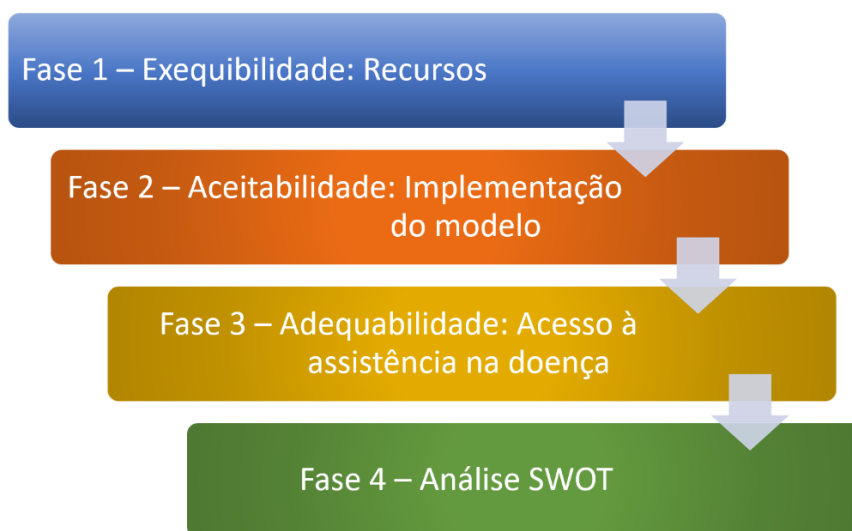


Figura 9 - Sequência de provas dos modelos



Apêndice C – Análise das entrevistas

O seguinte Quadro apresenta a lista dos entrevistados desta investigação.

Quadro 21 - Lista de entidades entrevistadas

	N.º	ENTIDADES	CARGO/FUNÇÃO
Chefias Militares	E1	GEN REF Luís Valença Pinto	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (DEZ2006-FEV2011) e Chefe do Estado-Maior do Exército (2003-2006)
	E2	GEN REF Araújo Pinheiro	Chefe do Estado-Maior da Força Aérea (FEV2006-FEV2011)
	E3	ALM REF Macieira Fragoso	Chefe do Estado-Maior da Armada (DEZ2013-DEZ2016)
	E4	TGEN Rafael Martins	Vice-Chefe do Estado-Maior da Força Aérea
	E5	TGEN REF Formeiro Monteiro	Comandante da Logística do Exército (OUT2007-DEZ2011) e Presidente da Assembleia Geral da Associação de Oficiais das Forças Armadas (ABR2013-MAI2018)
	E6	CALM Soares Ribeiro	Subchefe do Estado-Maior da Armada
	E7	MGEN REF Luís Sequeira	Secretário-Geral do MDN (OUT2005-OUT2008)
	E8	MGEN REF Carlos Chaves	Assessor para a Segurança e Defesa do Primeiro-Ministro (JUN2011-MAI2013) e Presidente da Comissão de Acompanhamento para a Reforma da Defesa Nacional (MAI2013-DEZ2015)
	E9	MGEN REF Esmeraldo Alfarroba	Diretor de Saúde do Exército (2010-2016); Diretor do Hospital Militar Principal (2009-2010); Diretor do Hospital Militar de Belém (1999-2002); Assessor Médico do CD do IASFA (2002-2006); e, Diretor do Serviço de Apoio Médico de Oeiras do IASFA (2002-2004)
	E10	BGEN Luís Serôdio	Diretor de Recursos do Estado-Maior-General das Forças Armadas
	E11	BGEN David José Gaspar	Diretor de Finanças da Força Aérea
Beneficiários	E12	MGEN REF Norberto Bernardes	Presidente da Associação dos Militares na Reserva e Reforma
	E13	COR REF Lopes Dias	Presidente da Associação dos Deficientes das Forças Armadas
	E14	TCOR REF António Mota	Presidente da Direção da Associação de Oficiais das Forças Armadas
	E15	SMOR REF Lima Coelho	Presidente da Direção da Associação Nacional de Sargentos
	E16	CAB Paulo Amaral	Presidente da Direção da Associação de Praças



Quadro 21 (continuação) - Lista de entidades entrevistadas

	N.º	ENTIDADES	CARGO/FUNÇÃO
Institucionais	E17	TGEN RES Fernando Serafino	Presidente do Conselho Diretivo do IASFA
	E18	TGEN REF Rui Matias	Presidente do Conselho Diretivo do IASFA (MAR2016-FEV2019)
	E19	Dr. Vasco Hilário	Diretor-Geral de Recursos da Defesa Nacional
	E20	Dr. Alberto Coelho	Diretor-Geral do Pessoal e Recrutamento Militar (2002-2014) e Diretor-Geral de Recursos da Defesa Nacional (JAN2015-FEV2021)
	E21	Dr. Manuel Silva	Vogal do Conselho Diretivo do IASFA
	E22	Dr.ª Rita Cristóvão	Vogal do Conselho Diretivo do IASFA (MAR2015-NOV2018)
Prestadores de cuidados de saúde	E23	Dr. Óscar Manuel de Oliveira Gaspar	Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e vice-presidente da União Europeia da Hospitalização Privada (respostas em nome pessoal)
	E24	Dr. Nuno Saraiva	Presidente da Direção da Associação Nacional de Laboratórios Clínicos
	E25	Dr. Paulo Cleto	Presidente da Direção da Associação Nacional de Farmácias
Outras entidades	E26	Dr. José Galamba de Oliveira	Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Seguradores
	E27	Prof. Dr. Pedro Pita Barros	Professor Catedrático da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa
	E28	Prof.ª. Dr.ª Sofia Portela	Professora Auxiliar do Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa-Instituto Universitário de Lisboa; Vogal do CD da ADSE, I.P. (MAR2017-JUL2018); e, Presidente do Conselho Diretivo da ADSE, I.P. (JUL2018-JUN2020)
	E29	COR RES Carlos Páscoa	Coordenador do mestrado em engenharia organizacional da Academia da Força Aérea (2008-2019), doutorado em engenharia informática e computadores (Instituto Superior Técnico)



As ideias-chave dos entrevistados nos dois temas principais das entrevistas são apresentadas no Quadro seguinte.

Quadro 22 - Matriz de análise temática das entrevistas

N.º	Sobre a insustentabilidade da ADM	Sobre os modelos de governança alternativos
E1	Devida à integração da ADM no IASFA.	No EMGFA seria a decisão mais lógica, mas é preciso que tenha estrutura (que agora não tem) e que se crie a apetência. Numa direção-geral ou num serviço do MDN é uma hipótese. Contudo, deixaria de estar presente a possibilidade de se fazer sentir aos responsáveis políticos que falta dotação à ADM.
E2	Utilização das receitas da ADM para outros fins (e.g., ASC). ADM e ASC devem estar separadas. Défice de financiamento.	Como militar, o ideal seria no EMGFA, mas tal exigiria compromisso por parte dos responsáveis políticos. A integração da ADM como um serviço centralizado do MDN faria com que a tutela política ficasse responsável pelos encargos do sistema. Atualmente, a ADSE seria mais vantajosa para os beneficiários do que a ADM (i.e., em termos de protocolos). O problema seria a discriminação dos estatutos dos diferentes militares pela ADSE.
E3	A ADM não deve estar integrada no IASFA. Falta de sustentabilidade deve-se ao financiamento do HFAR e aos encargos dos DFA suportados pela ADM.	Não se pode fechar totalmente a porta aos seguros, mas a ADM não pode depender integralmente deste modelo. Devemos ter uma especial cautela para não misturar o que é diferente (i.e., ADM e ADSE). A ADM como um serviço do MDN seria uma boa opção pois permitiria a separação da ADM do IASFA e facilitaria o financiamento do sistema de assistência na doença. A ADM no EMGFA ou nos ramos seria um mau princípio dado que [o EMGFA e os ramos] ficariam responsáveis por financiar as despesas a partir dos seus orçamentos.
E4	A ASC e ADM devem estar separadas. Necessária definição de padrões, rever as condições dos serviços prestados e que o financiamento está a ser efetuado de forma rigorosa.	Integrar gestão da ADM no MDN. Os modelos de direito privado podem procurar o lucro e a competição, sem mecanismos reguladores, potenciando perdas avultadas para o sistema. Os seguros podem ser uma opção mas complementar e voluntariamente. Não interessa aderir a um sistema [ADSE] cuja sustentabilidade possa estar comprometida no futuro. Se a reforma em curso [das FFAA e SSM] prevísse a inclusão da ADM no EMGFA, tal poderá ser uma boa opção desde que não haja uma utilização abusiva da ADM para suportar o SSM.
E5	A ADM não deve estar no IASFA para evitar promiscuidades na gestão conjunta com a ASC.	A ADM deve ser gratuita para os militares. Modelo integrado no EMGFA, a par da saúde militar, de modo a criar sinergias e poupanças. Como alternativa, integração na ADSE é mais favorável que a atual situação da ADM. Os ramos não têm capacidade para suportar a assistência da doença dos beneficiários da ADM.
E6	Os descontos da ADM financiarem despesas que compete ao Estado suportar ou, no mínimo, cofinanciar.	Um modelo de gestão assegurado por um serviço do MDN poderia ser um bom passo para a assunção, por parte do Estado, de um papel mais próximo do estabelecido pela CM. Este modelo poderia permitir uma maior facilidade de obtenção de financiamento. Considerando a reforma do SSM, seria porventura mais adequada a integração, em paralelo, da ADM nesta reforma, passando o sistema a ser gerido no EMGFA.
E7	Se a ADM e a ASC tivessem orçamentos e prestação de contas separados, a viabilidade financeira destas áreas dependeria apenas da qualidade da gestão praticada.	Se o IASFA passar para a dependência do CEMGFA, prevaleceria a clareza de procedimentos e a simplicidade da gestão. Tendo presente o universo a que se aplica a ADM, o estatuto dos militares e a respetiva CM, não tem sentido equacionar as opções de direito privado, associações, seguros e ADSE. O MDN deve prover as verbas suficientes no orçamento acautelando os recursos financeiros suficientes [à ADM e ASC].
E8	Devida à integração da ADM no IASFA.	Diretamente sob a tutela política, na SGMDN ou organismo de um dos membros do governo, ministro ou secretário de Estado. Um seguro de saúde robusto que inclua despesas com medicamentos, em modalidades e percentagens a fixar. Integração na ADSE com igualdade de condições de comparticipações e descontos.



Quadro 22 (continuação) – Matriz de análise temática das entrevistas

N.º	Sobre a insustentabilidade da ADM	Sobre os modelos de governança alternativos
E9	A ADM não devia estar integrada no IASFA. Utilização indevida das receitas da ADM.	Integração da ADM num serviço do MDN (e.g., SGMDN) por distinguir quem paga de quem recebe, quem financia de quem presta o serviço, permitindo que o IASFA se concentre na sua missão tradicional que é a ASC. ADM sob a responsabilidade do EMGFA pode ser uma boa ideia, mas é preciso contar com a boa-fé do MDN. Integração na ADSE (em última opção).
E10	Transferências insuficientes de verbas do OEST e a ADM suportar despesas que competem ao Estado.	Atualmente, a estrutura organizativa do EMGFA não está preparada para receber a gestão da ADM e não possui pessoal em número suficiente que possa ser alocado a essa tarefa. A ADM ser gerida pelos ramos, por si só, não resolverá o problema pois a experiência passada demonstrou que também existiram problemas orçamentais e de gestão nesse modelo.
E11	Utilização da ADM para despesas que deviam ser suportadas pelo Estado.	Uma solução semelhante ao sistema TRICARE poderá ser viável, mas na dependência do MDN ou mesmo no EMGFA. Integração num serviço do MDN ou do EMGFA poderá ser adequada. Uma eventual integração da ADM na ADSE deve ser acompanhada com a criação de um estatuto privilegiado para os militares e seus familiares a fim de salvaguardar as especificidades da CM e do apoio social necessário à família militar.
E12	Total responsabilidade política. Não cumprimento da lei pelo Estado. Falta de financiamento por parte do Estado.	Pela lei, o MDN deveria transferir o necessário para não provocar dívidas à ADM. Enquanto o IASFA é a entidade gestora da ADM, os serviços sociais da AP não são a entidade gestora da ADSE. Gestão autónoma da ADM na dependência do MDN (SGMDN ou DGRDN). Gestão da ADM sob a alçada do EMGFA ou gestão autónoma da ADSE num IP de gestão partilhada.
E13	Sem considerações nesta matéria.	A assistência médica, medicamentosa e de reabilitação aos DFA é da inteira responsabilidade do Estado, no caso MDN, como decorre da legislação. O TC, em sede de auditoria ao IASFA, tem o mesmo entendimento. A reabilitação dos DFA não pode estar dependente de questões económicas ou financeiras. Independentemente do sistema orgânico que se encontre a gerir a assistência médica, medicamentosa e de reabilitação aos DFA, a responsabilidade é sempre do Estado, através do MDN, garantindo os meios no âmbito da saúde militar salvaguardando o estatuto da CM e os regimes especiais dos DFA.
E14	Devida à integração da ADM no IASFA. Subfinanciamento da ADM pelo Estado	Os encargos com a ADM devem ser da total responsabilidade do Estado. As receitas da ADM, ao não serem consignadas, podem ser utilizadas livremente pelo gestor. A saúde militar é uma ferramenta vital da operacionalidade das FFAA e, como tal, deve ser gerida exclusivamente por militares. Sob alçada militar (no EMGFA ou ramos) com gestão participada pelas APM e encargos suportados pelo OEST.
E15	Devida à integração da ADM no IASFA. Subfinanciamento da ADM pelo Estado.	A sustentação da ADM deve decorrer de verbas consignadas pelo OEST. Importante é separar a ADM do IASFA seja num modelo tipo ADSE, numa direção-geral do MDN, sob a alçada do EMGFA ou idêntico ao modelo anterior nos ramos. Modelo dos ramos poderá não ser o melhor atendendo ao atual quadro de recursos humanos. A alternativa dos seguros de saúde é perigosa e enganadora como modelo de substituição integral da ADM.
E16	Devida à integração da ADM no IASFA. Subfinanciamento pelo Estado.	A Lei de Bases Gerais do Estatuto da CM impõe ao Estado uma discriminação positiva dos militares, designadamente no âmbito da segurança social, assistência, proteção e apoio social. A ADM não deve estar conjugada com a ASC que deve ser o principal motor do IASFA. O MDN tem o dever e a obrigação de através do seu orçamento, financiar a ASC. A assistência na doença aos militares deve ser reintegrada nos ramos.



Quadro 22 (continuação) – Matriz de análise temática das entrevistas

N.º	Sobre a insustentabilidade da ADM	Sobre os modelos de governança alternativos
E17	A sustentabilidade da ADM não está ligada ao modelo de gestão, mas sim ao equilíbrio financeiro do sistema. A ADM não deve fazer pagamentos ao SSM (e.g., HFAR);	Não tem mandato (na carta de missão) para alterar a natureza jurídica do IASFA, mas único caminho para tirar a ADM do IASFA é pela sua integração na ADSE. Uma estrutura no MDN não garante que o resultado seja diferente do atual. Adesão ao sistema deve ser voluntária. Para garantir o equilíbrio da ADM são necessárias medidas legislativas para adequar o regime jurídico em algumas matérias (e.g., Portaria n.º 1034/2009), medidas orçamentais para regularização da dívida e que o Estado assuma as suas responsabilidades (e.g., política social).
E18	Financiamento do SNS e SSM pela ADM. Encargos da Portaria n.º 1034/2009 não são totalmente suportadas pelo Estado. Suporte das despesas de saúde de militares em missão no estrangeiro.	Os órgãos do SSM são de natureza pública e não privada. O financiamento do SSM deve decorrer maioritariamente de verbas do OEST, para além de outras receitas previstas no art.º 11.º do Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio, que cria o HFAR. Separar a ADM do IASFA. IASFA só para a ASC. ADM integrada na estrutura do EMGFA.
E19	Lacuna na preparação e planeamento do período transitório [da introdução da ADM], que impossibilitou o IASFA de responder adequadamente aos desafios das novas competências. Falta de monitorização e avaliação por parte do MFIN de acordo com o art.º 19 do Decreto-Lei n.º 167/2005.	Não é evidente que o caminho a seguir seja o da separação da ADM da sua atual entidade gestora. Não creio que um modelo de governança baseado no direito privado configure uma solução ótima, pois não será aquele que melhor salvaguarda a prossecução do interesse público. Se se realizarem estudos que evidenciem que essa é a melhor solução [ADM na ADSE], naturalmente não discordarei. Se esta solução [ADM num serviço do MDN] for aquela que, comprovadamente, melhor salvaguarda o interesse público, os direitos dos beneficiários e a sustentabilidade do subsistema, nada terei a opor. Gostaria de salientar as propostas apresentadas pela Plataforma do SSM, no seguimento da auditoria do TC, cuja implementação seria conveniente para atenuar a situação crítica da ADM, ao nível financeiro.
E20	Forma de integração, em 2005, criou dificuldades na ASC. A ADM suporta um conjunto de despesas que deviam ser suportadas pelo OEST.	Qualquer solução, em abstrato, pode ser melhor do que a atual desde que evidenciado por um estudo. O importante é que sejam previstos mecanismos de avaliação/monitorização do impacto da legislação. Uma solução adotada na esfera do direito privado dificilmente pode salvaguardar a prossecução do interesse público. Um modelo assente no voluntariado, com descontos facultativos, agravaria ainda mais a (in)sustentabilidade da ADM.
E21	A sustentabilidade e o equilíbrio financeiro da ADM não estão relacionados com o tipo de pessoa coletiva de direito público (ou até privado) mas sim ao atual regime jurídico da ADM e à responsabilidade pelos encargos de saúde (e.g., DFA, missões no estrangeiro, acidentes de serviço).	A ADM não devia estar no IASFA, mas não é esse o problema. Sendo a ADM um direito dos militares, com associação de confiança e segurança jurídica, deve ser a AP a garantir a prossecução do interesse público, o que não seria possível com modelos privados. Os seguros não são uma boa opção, pois para além das suas limitações, criariam uma situação de incompatibilidade com a existência de um direito associado à CM. A uniformização dos SPS não significa que exista intenção de os integrar na ADSE. Não afasto a possibilidade da ADM como um serviço do MDN o que, bem explorada, poderia até trazer vantagens. No atual enquadramento da ADM, a sua gestão pelo EMGFA ou ramos não é uma opção admissível.
E22	Devido a razões estruturais e modelo de governança do IASFA. As (atuais) normas legais são cumpridas, mas são desajustadas.	A curto prazo, no EMGFA. Tendência será a unificação de todos os SPS na ADSE. Todos os atuais beneficiários da ADM poderiam ser integrados na ADSE à exceção dos DFA que devem ser subsidiados pelo OEST através do MDN. Seguros apenas de forma complementar ao SPS. Se o modelo de financiamento não for ajustado [com as ADM nos ramos], existirão défices crónicos que terão de ser alimentados por verbas extraordinárias do MDN.



Quadro 22 (continuação) – Matriz de análise temática das entrevistas

N.º	Sobre a insustentabilidade da ADM	Sobre os modelos de governança alternativos
E23	A receita corrente do IASFA não é suficiente. A questão primordial a resolver não é a do modelo de governança, mas sim a das responsabilidades (de saúde e financeiras) atribuídas ao IASFA.	Se a relação [dos hospitais privados] com os militares e as suas famílias decorre bem já a situação financeira e orçamental do IASFA tem causado problemas ao longo dos anos. Modelo da ADM integrado no MDN é o que oferece menor risco para os prestadores em termos de pagamento das dívidas. Modelos ADM e ADSE são equivalentes supondo que, num determinado momento, a situação da ADM está regularizada. Ligação da ADM à ADSE tem a vantagem do efeito de escala. ADSE aplica regras sem participação da ADM e sem que esta afira o impacto nos seus beneficiários.
E24	Falta de conhecimento de um plano para resolução da dívida.	No plano teórico, um modelo baseado no direito privado faz sentido pois promove a eficiência. Integração da ADM num serviço do MDN seria o ideal e o modelo mais eficiente. A ADSE também é boa opção. O caminho natural é a integração dos subsistemas na ADSE. Mas a ADSE não pode ser penalizada por funcionar bem.
E25	Sem considerações nesta matéria.	A maioria dos encargos que a ADM tinha com os medicamentos já foi transferida para o SNS. A assistência na saúde dos familiares dos militares deve ser garantida pelo SNS e ADSE, enquanto uma estrutura própria (e.g., SSM) trataria da saúde específica dos militares. Não concebo mutualidades para a assistência na saúde aos militares. O Estado tem de criar condições de proteção dos seus colaboradores.
E26	Sem considerações nesta matéria.	Mercado de seguradores tem capacidade para absorver os 110.000 beneficiários da ADM. Seria um contrato importante com margem para negociação de coberturas. Um grupo desta dimensão permite fazer a mutualidade com condições interessantes [e] entrada direta de todos os segurados sem seleção adversa, por exemplo, devido a doenças que já possuam. Devido à legislação europeia, o Estado não pode compartilhar seguros de saúde.
E27	Falta de clarificação do financiamento público para a saúde e prontidão dos militares.	A saúde e prontidão dos militares deve ser integralmente financiada por dinheiros públicos e têm vertentes que o SNS não tem especificidades suficientes para cobrir. Uma estrutura possível, em termos técnicos, seria a ADM separada só para militares; familiares poderiam ser incluídos na ADSE, e o IASFA ficar com ação social. As regras das associações mutualistas são anacrónicas e desajustadas das necessidades reais. Não creio que os seguros de saúde sejam uma opção à ADM. Para os familiares, os seguros de saúde poderão ser uma alternativa a considerar. A ADSE tem excedente atual, mas a evolução demográfica da função pública, a manter-se, poderá em menos de uma década inverter essa situação e levar a uma revisão das contribuições e/ou das coberturas.
E28	O problema pode não ser o modelo de governança da ADM.	Deve existir separação entre as receitas e despesas da ADM, ASC e saúde ocupacional. Os custos da parte operacional e da saúde ocupacional (dos militares) devem ser suportados pelo Estado onde quer que os cuidados de saúde sejam prestados. O modelo deve ser a integração de todos os SPS na ADSE (opinião pessoal) com a aplicação transversal das mesmas regras.
E29	Deve ser seguida uma gestão sustentada baseada nas recomendações do TC.	O IASFA deve assegurar a ADM e a ASC atentas as sinergias e o domínio de aplicação entre os dois sistemas. Concorro com o modelo atual, mas com gestão adequada ao recomendado pelo TC. Não concordo com modelos de gestão privada. A integração da ADM na ADSE não assegura convergência na dimensão social e alinhamento com a CM.

Fonte: Adaptado a partir de Santos & Lima (2019).



Quadro 23 - Matriz de análise de coocorrências

	Razões da insustentabilidade do modelo atual da ADM	Separar ADM do IASFA (frequência)	Modelos preferenciais (Frequência)	Modelos preteridos (Frequência)	Entrevistados
Chefias Militares	Modelo de governança (7) Subfinanciamento do Estado (6)	Sim (7)	ADSE (5) EMGFA (8) MDN (8) Seguro (2)	ADSE (5) Direito privado (8) Seguros (10) EMGFA (3) MDN (1) Ramos (7)	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
Representantes beneficiários	Modelo de governança (4) Subfinanciamento do Estado (4)	Sim (4)	ADSE (2) EMGFA (3) MDN (2) Ramos (2)	Direito privado (1) Seguro (1) Ramos (1)	E12; E14; E15; E16
Entidades institucionais	Modelo de governança (1) Subfinanciamento do Estado (3)	Sim (3)	ADSE (3) EMGFA (2) MDN (2)	ADSE (1) Direito privado (5) Seguro (3) Ramos (2)	E17; E18; E19; E20; E21; E22
Prestadores de cuidados de saúde	Sem considerações	Sem considerações	ADSE (2) Direito privado (1) MDN (2)	Direito privado (1) IP gestão partilhada (1)	E23; E24; E25
Outros	Modelo de governança (1) Subfinanciamento do Estado (1)	Sim (1)	ADSE (1) ADSE (1) ¹² MDN (1) ¹³	ADSE (1) Direito privado (2) Ramos (1) EMGFA (1) MDN (1) Seguro (2)	E26; E27; E28; E29

¹² ADSE para os familiares beneficiários da ADM.

¹³ ADM no MDN apenas para os militares.



Apêndice D – Auditorias

Tabela 2 - Principais conclusões das auditorias relacionadas com a ADM

Principais conclusões da auditoria de resultados ao IASFA pelo TC (2019, pp. 11-23)
A gestão do IASFA encontra-se condicionada pela falta de alinhamento entre os vários centros de decisão, tendo em vista a sustentabilidade económico-financeira do subsistema de saúde ADM e do próprio Instituto.
A ADM e os outros subsistemas públicos de saúde têm suportado com os descontos dos trabalhadores e pensionistas beneficiários, encargos que devem ser financiados por receitas gerais dos OEST.
A ADM suporta, com os descontos dos quotizados, cuidados de saúde que são responsabilidade do Estado, no âmbito do SNS.
As entidades do Ministério da Saúde não implementaram, até ao momento, as recomendações anteriores que lhe foram dirigidas pelo TC e que visavam a assunção pelo SNS das prestações que são da sua responsabilidade.
Os descontos da ADM financiam as entidades do SSM, na parte que devia ser suportada por receitas gerais dos OEST.
A ADM suporta encargos, com os descontos dos quotizados, com cuidados de saúde necessários à execução da função da Defesa Nacional, incluindo acidentes de serviço e missões no estrangeiro.
A ADM tem custos de utilização por beneficiário superiores aos da ADSE.
A ADM tem receitas de desconto por beneficiário inferiores às obtidas pela ADSE.
A atividade da ADM é deficitária. As transferências dos OEST e os descontos dos quotizados são manifestamente insuficientes para cobrir a despesa.
Por cada beneficiário contribuinte da ADM, existem 0,8 beneficiários não contribuintes, valor superior ao observado na ADSE (0,6).
Os descontos dos beneficiários contribuintes estão a financiar uma política social do Estado, com impacto na sustentabilidade da ADM.
Os cidadãos deficientes das FFAA, cuja obrigatoriedade de inscrição na ADM não tem suporte legal, têm direitos próprios que não se confundem com os que decorrem da sua inscrição na ADM.
Os descontos dos beneficiários associados não suportam as respetivas despesas de utilização. Esta tipologia de beneficiários é específica da ADM, não existindo na ADSE.
Principais conclusões da auditoria ao HFAR pelo TC (2020, pp. 12-14)
O HFAR presta cuidados de saúde em complementaridade com outras entidades, com risco de sobrefaturação à Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas.
Os militares continuam a ser onerados pelos cuidados de saúde necessários para garantir a sua prontidão, embora parte dos encargos tenham passado, em 2019, a ser financiados pelo Estado.
Existem cuidados de saúde diretamente exigidos pela atividade operacional que continuam a ser financiados pela ADM.
Principais conclusões da auditoria ao IASFA pelo IGF (2018, pp. 29-30)
Face à atividade desenvolvida, o atual modelo de financiamento do IASFA não permite assegurar o equilíbrio financeiro do Instituto, tendo-se apurado em 2017 um défice de 26,2 M€ resultante [nomeadamente] da atividade da ADM (20,9 M€), com proveitos relativamente estabilizados de cerca de 73 M€, e custos com um ritmo de crescimento anual de cerca de 8 M€ que, em 2017, totalizaram 93,7 M€ bem como de encargos de gestão desse subsistema (1,7 M€).
Embora o atual modelo de funcionamento da ADM tenha por referência o da ADSE, nomeadamente no que se refere às tabelas de comparticipação, verifica-se que o IASFA ainda mantém em vigor tabelas específicas do HFAR, no âmbito das quais foram efetuados pagamentos em 2017 no montante de 7,9 M€.
No que se refere aos produtos de apoio e dispositivos médicos prescritos aos beneficiários abrangidos pela Portaria n.º 1034/2009, não se encontram instituídos procedimentos que assegurem o controlo da razoabilidade dos valores apresentados para comparticipação pela ADM, nem definidas normas que, atenta a vida útil média dos produtos adquiridos, estabeleçam limites quantitativos ao seu consumo.

Devido à classificação de segurança do documento, não é possível transcrever as principais conclusões do relatório da auditoria ao IASFA pela IGDN (2018).



Apêndice E – Plano de Ação Equilíbrio Financeiro na ADM

Tabela 3 - Medidas propostas para o equilíbrio da ADM

Medidas dentro das competências próprias do IASFA
Medida 1: Reduzir o prazo de processamento da faturação que é enviada à ADM pelas entidades convencionadas.
Medida 2: Reforço da equipa de assessoria médica na DSADM, com vista à análise e validação da faturação.
Medida 3: Assegurar o apoio do Centro de Controlo e Monitorização do SNS.
Medida 4: Reforço dos controlos automáticos para análise da faturação e módulos de controlo de receitas.
Medida 5: Regularização do pagamento dos medicamentos ao Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos.
Medida 6: Regularização dos pagamentos de medicamentos disponibilizados pelo HFAR.
Medida 7: Regularização dos pagamentos relativos a cuidados continuados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
Medida 8: Regularização do processo relativo aos cuidados respiratórios domiciliários.
Medida 9: Regularização da faturação aos Centros de Apoio Social.
Medida 10: Revisão e regularização de “Acordos” estabelecidos.
Medida 11: Proceder à identificação do universo de beneficiários da ADM através do respetivo cartão.
Medida 12: Integrar os sistemas de informação e os processos de gestão da ADM com as áreas transversais de apoio à gestão do IASFA, I.P., nomeadamente entre o SIADM e o SIGDN.
Medidas fora das competências próprias do IASFA
Medida 13: Regularizar a dívida acumulada da ADM.
Medida 14: Regularização do pagamento dos medicamentos disponibilizados pelas farmácias das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.
Medida 15: Regularização da atribuição dos produtos de apoio e dispositivos médicos aos beneficiários abrangidos pela Portaria n.º 1034/2009.
Medida 16: Adotar as novas tabelas da ADSE que venham a ser aprovadas no âmbito do Regime Livre.
Medida 17: Implementação e monitorização do Despacho 1702/MDN/2019 [Reorganização do SSM - Assunção de Encargos].
Medida 18: Implementação e monitorização do Despacho 4139/MDN/2019 [Reorganização do SSM - Assunção de Encargos das Unidades de Saúde Tipo III].
Medida 19: Revisão da Portaria n.º 1395/2007 [Regula a assistência na doença aos beneficiários titulares da assistência na doença aos militares das Forças Armadas colocados no estrangeiro bem como aos beneficiários familiares que com eles se encontrem].
Medida 20: Aplicar a totalidade das quotizações dos beneficiários da ADM no pagamento da despesa relativa ao SPS ADM.
Medida 21: Ressarcimento dos encargos decorrentes das políticas sociais do Estado.
Medida 22: Revisão da Portaria n.º 1034/2009 (familiares de ex-militares e acidentes de serviço).

Fonte: Adaptado a partir de IASFA (2020b).



Apêndice F – Modelos de governança

Quadro 24 - Modelos de governança com alteração da natureza jurídica do IASFA

Associação mutualista	<p>Pessoa coletiva de direito privado, de natureza associativa por adesão e quotização voluntária de associados com o fim de conceder benefícios de segurança social e de saúde, para além de organizar e gerir equipamentos e serviços de apoio social e de outras atividades que visem a promoção da qualidade de vida ou da cidadania dos associados e suas famílias. Permite participação dos associados na governança (Decreto-Lei n.º 59/2018). Exemplo: Casa da Imprensa – Associação Mutualista.</p> <p>Vantagens: Autonomia e flexibilidade na gestão de recursos (e.g., não sujeição ao Código dos Contratos Públicos [CCP] e submetido ao CPA quando a lei o determine) (Dias & Oliveira, 2011, p. 80). Possibilidade de apoio indireto do Estado por acordos ou contratos-programa. Acesso a incentivos fiscais e fundos comunitários (Lei n.º 75-B/2020, 31 de dezembro).</p> <p>Desvantagens: Dependente da adesão voluntária dos beneficiários para garantir sustentabilidade financeira. Pode conferir poder de tutela ao Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, intervenção do Ministério da Saúde e supervisão pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (Decreto-Lei n.º 59/2018, de 2 de agosto).</p>
EPE	<p>Pessoa coletiva pública de natureza empresarial, com fim lucrativo, que visa a prestação de bens ou serviços de interesse público, na qual o Estado ou outras entidades públicas estaduais detêm a totalidade do capital (Decreto-Lei n.º 133/2013). Exemplo: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.</p> <p>Vantagens: Liberdade de ação, mobilidade e flexibilidade da gestão (e.g., não sujeição ao CCP e submetido ao CPA quando a lei o determine) (Dias & Oliveira, 2011, p. 70). Não está sujeita às normas da contabilidade pública (art.º 58.º do Decreto-Lei n.º 133/2013). Acesso a incentivos fiscais e fundos comunitários (Lei n.º 75-B/2020). Acesso a financiamento por capitais do Estado (Amaral, 2016, p. 334).</p> <p>Desvantagens: Dependente da adesão voluntária dos beneficiários para garantir sustentabilidade financeira. Foco no lucro. Exercício dos direitos do Estado seria efetuado através do Ministério das Finanças em articulação com os Ministérios da Defesa Nacional, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde (Decreto-Lei n.º 133/2013).</p>
IP de regime especial e gestão partilhada	<p>Pessoa coletiva de direito público, dotada de órgãos e património próprio, com autonomia administrativa e financeira, mas cuja organização contempla a participação de terceiros na gestão (e.g., associados), nomeadamente no que respeita à composição do órgão diretivo e nas decisões estratégicas e de controlo financeiro (LQIP). Exemplo: Modelo atual da ADSE.</p> <p>Vantagens: Possibilidade de criar normas que permitem maior autonomia na gestão de recursos e do património (e.g., componente empresarial para gestão de equipamentos) (Dias & Oliveira, 2011, p. 69). Maior leque de financiamento incluindo acesso a fundos comunitários.</p> <p>Desvantagens: Pode implicar tutela, ou a sua partilha, com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (art.º 48.º da LQIP). Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro e ao CPA (Dias & Oliveira, 2011, p. 69).</p>



Quadro 25 - Modelos de governança com ADM autónoma do IASFA

Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	<p>Pessoa coletiva de direito privado constituída por uma pluralidade organizada de pessoas individualizadas que não tenham por fim a obtenção de lucros para distribuir pelos sócios (Decreto-Lei n.º 460/77, de 07 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 391/2007, de 13 de dezembro). Exemplo: Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas no âmbito dos serviços de assistência médico-social (SAMS).</p> <p>Vantagens: Autonomia e flexibilidade na gestão de recursos (e.g., não sujeição ao CCP e submetido ao CPA quando a lei o determine) (Dias & Oliveira, 2011, p. 80). Acesso a isenções (Decreto-Lei n.º 391/2007), incentivos fiscais e obtenção de financiamento através do mecenato e doações (Lei n.º 75-B/2020).</p> <p>Desvantagens: Dependente da adesão voluntária dos beneficiários para garantir a sustentabilidade financeira.</p>
Entidade privada de gestão de seguros	<p>ADM como um seguro de saúde grupo (Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril e Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro) gerido por uma das redes de seguros de saúde cujas entidades detentoras das redes prestam simultaneamente serviços às entidades seguradoras e permitem o acesso aos segurados destas à rede de prestadores convencionados (ERS, 2009). Exemplo: gestão do sistema da Altice – Associação de Cuidados de Saúde (ACS) pela Multicare.</p> <p>Vantagens: Liberdade de escolha para o nível de coberturas. Não são necessários questionários clínicos. Rede alargada de PCS.</p> <p>Desvantagens: Coberturas inferiores às garantidas pelos SPS. Podem ser definidas exclusões nos contratos. Atos médicos podem necessitar de pré-autorização da seguradora. Existência de <i>plafond</i> de comparticipação para diferentes coberturas. Implica períodos de carência.</p>
Integração da ADM na ADSE	<p>Integração dos beneficiários da ADM no universo da ADSE, com dupla tutela do Ministério da Modernização do Estado e da Administração Pública e do Ministério das Finanças.</p> <p>Vantagens: Rede alargada de PCS. Tabela de preços e regras de funcionamento das convenções iguais às praticadas pela ADM. Intervenção dos beneficiários na gestão. SPS com um excedente financeiro (ADSE, 2020, p. 5).</p> <p>Desvantagens: Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro do Estado. Tutela do SPS partilhada com vários ministérios. Aumento de custos para alguns dos atuais beneficiários da ADM. Exclusão de parte da família militar (e.g., beneficiários associados, extraordinários e alguns DFA).</p>



Quadro 25 (continuação) – Modelos de governança com ADM autónoma do IASFA

Serviço de gestão administrativa do MDN ¹⁴	<p>Serviço de administração central integrado no MDN para desempenho de funções administrativas de gestão da ADM (Amaral, 2016, p. 267). Exemplo: antiga Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) quando integrada no Ministério das Finanças.</p> <p>Vantagens: Responsabilização do Estado pelo financiamento. Manutenção do SPS na esfera da Defesa. Integridade do universo de beneficiários (família militar).</p> <p>Desvantagens: Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro do Estado.</p>
Serviço personalizado dedicado à ADM	<p>Pessoa coletiva pública de natureza institucional dotada de personalidade jurídica, com autonomia financeira e administrativa, criada para assegurar exclusivamente a gestão da ADM e integrado na administração indireta através do MDN, ou seja, um IP dedicado à ADM (LQIP).</p> <p>Vantagens: Receitas da ADM utilizadas apenas para as despesas de saúde. Possibilidade de financiamento pelo Estado, por doações, heranças ou legados públicos ou privados (Decreto-Lei n.º 193/2012). Integridade do universo de beneficiários (família militar).</p> <p>Desvantagens: Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro do Estado.</p>
Serviço próprio em cada ramo	<p>Divisão da ADM em três subsistemas (um por cada ramo) com gestão efetuada por serviços na dependência dos chefes militares respetivos, à semelhança da situação anterior a 2005. Exemplo: SAD-GNR.</p> <p>Vantagens: Receitas da ADM utilizadas apenas para as despesas de saúde. Integridade do universo de beneficiários (família militar).</p> <p>Desvantagens: Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro do Estado.</p>
Serviço próprio no EMGFA ¹⁵	<p>Gestão da ADM por um serviço na dependência do CEMGFA.</p> <p>Vantagens: Receitas da ADM utilizadas apenas para as despesas de saúde. Integridade do universo de beneficiários (família militar). Uniformização das regras do SPS.</p> <p>Desvantagens: Sujeito às regras de controlo contratual e financeiro do Estado.</p>

No âmbito da alteração da natureza jurídica do IASFA, não são consideradas as opções de fundação privada de solidariedade social, pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública equiparada a IPSS (e.g., Cruz Vermelha Portuguesa) e equiparada a serviço ou fundo autónomo (e.g., Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) por implicarem a autonomização orgânica da gestão da ADM (Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro). A fundação pública de direito público também não é considerada pois rege-se pela LQIP e demais legislação aplicável à AP, não constituindo assim qualquer alteração ao modelo atual do IASFA.

¹⁴ O Conselho Estratégico Nacional do Partido Social Democrata (CENPSD) propôs a integração do apoio médico e social dos DFA na SGMDN (CENPSD, 2021, p. 5).

¹⁵ O CENPSD (2021, p. 5) propôs a integração da ADM no EMGFA “[...] estabelecendo uma diferença entre apoios assistencial e operacional, reformulando ainda o seu modelo de financiamento”.

Nos modelos autónomos da ADM, não é considerada a cooperativa de interesse público de responsabilidade limitada (régie cooperativa) pelo facto da saúde não ser um dos ramos deste sector (art.º 4.º da Lei n.º 119/2015, de 31 de agosto). A fundação pública de direito público bem como o fundo personalizado (e.g., Serviços Sociais da GNR) também não são considerados pois implicam a existência de património distinto para a ADM.

Em ambos os contextos anteriores, a fundação pública de direito privado também é desconsiderada por não poder ser constituída pelo Estado de acordo com o n.º 1 do artigo 57.º da Lei n.º 24/2012, de 09 de julho.

No âmbito dos seguros, não são considerados os planos de seguros que, apesar de não terem período de carência nem limites de idade, funcionam como uma simples oferta de descontos de saúde com menor abrangência de serviços nas suas coberturas (J. Oliveira, entrevista por videoconferência, 19 de fevereiro de 2019).

A Figura 10 ilustra a integração dos modelos em investigação na administração do Estado e administração privada.

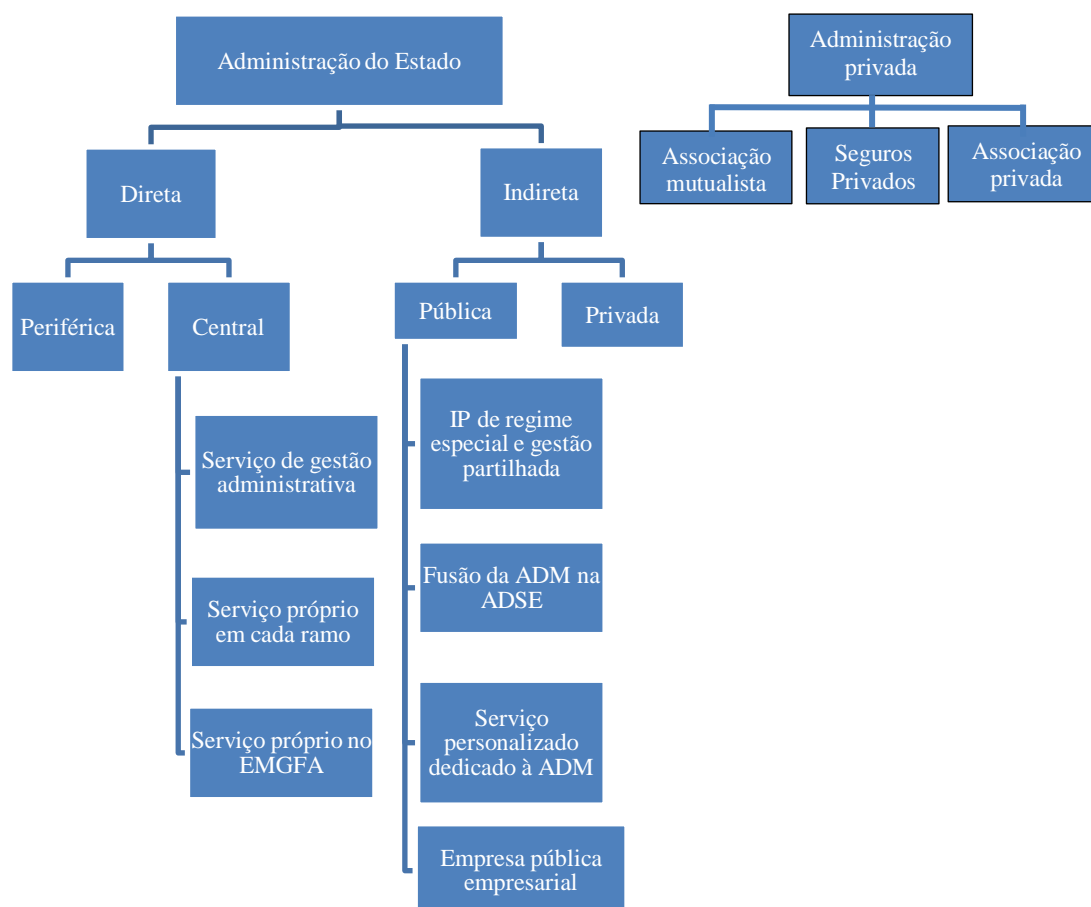


Figura 10 - Integração dos modelos na administração do Estado e no privado

Fonte: Adaptado a partir de Dias & Oliveira (2011).

**Apêndice G – Matrizes de avaliação****Quadro 26 - Avaliação poder-interesse dos modelos de governança com alteração da natureza jurídica do IASFA**

Intervenientes	Quais os critérios para o interveniente avaliar o modelo?	Qual a expressão que representa os critérios apontados na avaliação do modelo pelo interveniente?	Modelo	Interesse = X (Interveniente tem interesse no modelo?)	Poder = Y (Interveniente pode influenciar o modelo?)
Institucionais	- De acordo com os objetivos institucionais; - Não tem riscos elevados; - Não tem custos elevados.	- Segurança	Associação Mutualista	Nenhum	Muito pouco
			EPE	Nenhum	Nenhum
Beneficiários	- Aceitação da mudança; - Adequação à CM	- Melhoria	Associação Mutualista	Nenhum	Suficiente / Totalmente
			EPE	Nenhum	Nenhum
Chefias militares	- Não há uma rutura radical; - Podem influenciar o sistema.	- Respeito	Associação Mutualista	Nenhum	Muito pouco
			EPE	Nenhum	Nenhum
PCS	- Ressarcimentos atempados; - Confiança no modelo.	- Eficiência	Associação Mutualista	Muito pouco	Muito pouco
			EPE	Muito pouco	Muito pouco

Quadro 27 - Avaliação poder-interesse dos modelos de governança com ADM autónoma do IASFA

Intervenientes	Quais os critérios para o interveniente avaliar o modelo?	Qual a expressão que representa os critérios apontados na avaliação do modelo pelo interveniente?	Modelo	Interesse = X (O interveniente tem interesse no modelo?)	Poder = Y (O interveniente pode influenciar o modelo?)
Institucionais	- De acordo com os objetivos institucionais; - Não tem riscos elevados; - Não tem custos elevados.	- Segurança	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	Nenhum	Muito pouco
			Entidade privada de gestão de seguros	Nenhum	Muito pouco
			Integração da ADM na ADSE	Suficiente	Suficiente
			Serviço de gestão administrativa no MDN	Muito pouco / Suficiente	Suficiente / Totalmente
Beneficiários	- Aceitação da mudança; - Adequação à CM.	- Melhoria	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	Nenhum	Suficiente / Totalmente
			Entidade privada de gestão de seguros	Nenhum	Muito pouco
			Integração da ADM na ADSE	Suficiente	Muito pouco / Suficiente
			Serviço de gestão administrativa no MDN	Suficiente	Muito pouco / Suficiente

**Quadro 27 (continuação)– Avaliação poder-interesse dos modelos de governança com ADM autónoma do IASFA**

Intervenientes	Quais os critérios para o interveniente avaliar o modelo?	Qual a expressão que representa os critérios apontados na avaliação do modelo pelo interveniente?	Modelo	Interesse = X (O interveniente tem interesse no modelo?)	Poder = Y (O interveniente pode influenciar o modelo?)
Chefias militares	- Não há uma rutura radical; - Podem influenciar o sistema.	- Respeito	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	Nenhum	Muito pouco
			Entidade privada de gestão de seguros	Muito pouco	Nenhum
			Integração da ADM na ADSE	Muito pouco/ Suficiente	Muito pouco / Suficiente
			Serviço de gestão administrativa no MDN	Suficiente / Totalmente	Suficiente
PCS	- Ressarcimentos atempados; - Confiança no modelo.	- Eficiência	Associação privada sem fins lucrativos de utilidade pública	Muito pouco	Muito pouco / Suficiente
			Entidade privada de gestão de seguros	Nenhum	Muito pouco / Suficiente
			Integração da ADM na ADSE	Suficiente / Totalmente	Muito pouco / Suficiente
			Serviço de gestão administrativa no MDN	Suficiente / Totalmente	Muito pouco / Suficiente

Quadro 28 - Avaliação do acesso à assistência na doença pelos beneficiários

Interveniente	Qual a expressão que os indicadores podem tomar na avaliação do modelo pelo interveniente?	Modelo	Qualidade= X (Os serviços têm qualidade?)	Disponibilidade= Y (Os cuidados de saúde estão disponíveis em todo o território?)	Custos=Z (Os custos aumentam?)
Beneficiários	- Proveito	Integração da ADM na ADSE	Suficiente / Totalmente	Suficiente / Totalmente	Aumento ligeiro
		Serviço de gestão administrativa no MDN	Suficiente	Muito pouco / Suficiente	Não aumentam

Quadro 29 - Avaliação do acesso à assistência na doença pelos gestores do modelo

Interveniente	Qual a expressão que os indicadores podem tomar na avaliação do modelo pelo interveniente?	Modelo	Capacidade= X (Os gestores cumprem critérios de boa gestão?)	Resiliência= Y (Os gestores têm instrumentos para adaptação do modelo?)
Gestores do modelo	- Zelo	Integração da ADM na ADSE	Totalmente	Suficiente
		Serviço de gestão administrativa no MDN	Suficiente	Muito pouco / Suficiente